

Documents

Treball i salut a Barcelona



Treball i salut a Barcelona

Edita:
Agència de Salut Pública de Barcelona

Producció gràfica:
Primer Segona serveis de comunicació

Dipòsit Legal: B-20.722-09

Maig 2009



Imprès en paper reciclat

Treball i salut a Barcelona

Presidenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Isabel Ribas

Gerent de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Conrad Casas

Adjunt de gerència de l'Agència de Salut Pública
de Barcelona
Joan Ramon Villalbí

Direcció de l'Institut de Serveis a la Comunitat
Lucía Artazcoz

Treball i salut a Barcelona

Autores

Imma Cortès

Lucía Artazcoz

Índex

Presentació	Presentació	11
Resums	Resum executiu	13
Introducció	Introducció	21
Mètodes	Mètodes	25
El treball remunerat	1. Característiques generals del mercat laboral de Barcelona	30
	1.1. La població ocupada	30
	1.2. La segregació de gènere en el treball remunerat	30
	1.3. L'atur	33
	1.4. La inestabilitat laboral	33
	1.5. Els horaris laborals	34
	1.6. El país d'origen	38
	2. Els riscos laborals	40
	3. L'estat de salut	43
	3.1. Lesions per accident de treball	43
	3.2. Malalties professionals	45
	3.3. Malalties relacionades amb el treball	47
	3.4. Estat de salut percebut	48
	3.5. Salut mental	49
	3.6. Mal d'esquena cervical	49
	3.7. Mal d'esquena lumbar	50
	3.8. Migranya o mals de cap freqüents	51
	3.9. Trastorns crònics	51
	3.10. Satisfacció amb les condicions de treball	52
	4. Els comportaments relacionats amb la salut	54
	4.1. Tabaquisme	54
	4.2. Excés de pes	54
	4.3. Exercici físic en el temps de lleure	55
	4.4. Hores de son	57
El treball domèstic i familiar	1. Característiques generals de la població de 16 a 64 anys	60
	2. Compaginació de la vida laboral i familiar	63
	2.1. La dedicació al treball domèstic i familiar	63
	2.2. L'estat de salut	66
	2.3. Els comportaments relacionats amb la salut	68
	3. Mestresses de casa i dones ocupades	69
	3.1. L'estat de salut	70
	3.2. Els comportaments relacionats amb la salut	72
Conclusions	Conclusions	75
Propostes per als serveis públics de la ciutat	Propostes per als serveis públics de la ciutat	77
Annexos	Annex 1. Ocupacions més freqüents en la població ocupada en les diferents categories de classe social segons l'ESB06	80
	Annex 2. Correspondència entre els grups d'ocupació i la classe social	81
Referències	Referències	83

Índex de figures

Figura 1. Població de 16 a 64 anys segons la situació laboral i el sexe.....	30
Figura 2. Població ocupada segons la classe social ocupacional i el sexe.....	30
Figura 3. Població ocupada segons l'ocupació i el sexe.....	31
Figura 4. Població ocupada segons el sector d'activitat econòmica, el sexe i la situació geogràfica.....	31
Figura 5. Homes i dones en les 10 ocupacions més freqüents en població ocupada.....	32
Figura 6. Població ocupada amb personal al seu càrrec segons el sexe i el nivell d'estudis.....	32
Figura 7. Població activa segons la situació laboral (treball i atur amb i sense prestacions econòmiques), el sexe i la classe social.....	33
Figura 8. Població assalariada segons el tipus de contracte, el sexe i la classe social.....	33
Figura 9. Hores setmanals de treball remunerat en població ocupada segons el sexe.....	34
Figura 10. Població ocupada amb jornades de treball llargues segons el sexe, la classe social i el treball per compte propi o aliè.....	35
Figura 11. Població assalariada amb jornades de treball llargues i treball a temps parcial segons el sexe i l'ocupació.....	36
Figura 12. Població ocupada segons el tipus de jornada laboral, el sexe i la classe social.....	36
Figura 13. Població ocupada amb jornades irregulars o variables segons el sexe, la classe social i el treball per compte propi o aliè.....	37
Figura 14. Població assalariada amb flexibilitat horària en la jornada habitual segons el sexe i la classe social.....	37
Figura 15. Població assalariada amb flexibilitat horària en la jornada habitual segons el sexe i l'ocupació.....	38
Figura 16. Població ocupada de classe manual segons el sexe i el país de naixement.....	38
Figura 17. Homes assalariats segons el tipus de contracte, la classe social i el país de naixement.....	39
Figura 18. Dones assalariades segons el tipus de contracte, la classe social i el país de naixement.....	39
Figura 19. Homes ocupats exposats a riscos laborals segons la classe social.....	40
Figura 20. Dones ocupades exposades a riscos laborals segons la classe social.....	40
Figura 21. Població ocupada que realitza moviments repetitius segons l'ocupació i el sexe.....	41
Figura 22. Població ocupada amb manca d'autonomia segons l'ocupació i el sexe.....	41
Figura 23. Lesions per accident de treball mortals i greus segons l'ocupació i el sexe. Barcelona, 2007.....	43
Figura 24. Lesions per accident de treball mortals i greus segons el sexe, la classe social i el tipus d'accident. Barcelona, 2007.....	44
Figura 25. Evolució de les lesions per accident de treball greus i mortals segons la gravetat. Barcelona, 2000-2007.....	44
Figura 26. Evolució de les lesions per accident de treball greus i mortals segons el tipus d'accident. Barcelona, 2000-2007.....	45
Figura 27. Lesions no mortals per accident de treball en jornada laboral segons la regió sanitària. Catalunya, 2004.....	45
Figura 28. Malalties professionals segons l'ocupació i el sexe. Barcelona, 2006.....	46
Figura 29. Evolució de les malalties professionals. Barcelona, 2001-2006.....	46
Figura 30. Malalties professionals amb baixa segons la regió sanitària. Catalunya, 2004.....	46
Figura 31. Trastorns de salut relacionats amb el treball segons l'ocupació i el sexe. Barcelona, 2007.....	47
Figura 32. Evolució dels trastorns de salut relacionats amb el treball segons el diagnòstic. Barcelona, 2001-2007.....	47
Figura 33. Població ocupada amb mal estat de salut percebut segons el sexe i la classe social.....	48
Figura 34. Població ocupada amb mal estat de salut percebut segons el sexe i l'ocupació.....	48
Figura 35. Població ocupada amb mala salut mental segons el sexe i la classe social.....	49
Figura 36. Població ocupada amb mala salut mental segons l'ocupació i el sexe.....	49
Figura 37. Població ocupada amb mal d'esquena cervical segons el sexe i la classe social.....	50
Figura 38. Població ocupada amb mal d'esquena cervical segons el sexe i l'ocupació.....	50
Figura 39. Població ocupada amb mal d'esquena lumbar segons el sexe i la classe social.....	50
Figura 40. Població ocupada amb mal d'esquena lumbar segons l'ocupació i el sexe.....	51
Figura 41. Població ocupada amb migranya o mals de cap freqüents segons el sexe i la classe social.....	51
Figura 42. Població ocupada amb migranya o mals de cap freqüents segons l'ocupació i el sexe.....	52
Figura 43. Població ocupada amb un o més trastorns crònics segons sexe i classe social.....	52
Figura 44. Població ocupada amb un o més trastorns crònics segons el sexe i l'ocupació.....	53
Figura 45. Població ocupada amb insatisfacció amb les condicions de treball segons el sexe i la classe social.....	53
Figura 46. Població ocupada amb insatisfacció amb les condicions de treball segons l'ocupació i el sexe.....	53

Figura 47. Població ocupada fumadora segons la classe social i el sexe	54
Figura 48. Població ocupada fumadora segons l'ocupació i el sexe	54
Figura 49. Població ocupada amb excés de pes segons la classe social i el sexe	55
Figura 50. Població ocupada amb excés de pes segons l'ocupació i el sexe	55
Figura 51. Població ocupada que no fa activitat física moderada ni vigorosa en el temps de lleure segons la classe social i el sexe	56
Figura 52. Població ocupada que no fa activitat física moderada ni vigorosa en el temps de lleure segons l'ocupació i el sexe	56
Figura 53. Població ocupada que dorm sis hores o menys al dia segons la classe social i el sexe	57
Figura 54. Població ocupada que dorm sis hores o menys al dia segons l'ocupació i el sexe	57
Figura 55. Població de 16 a 64 anys segons l'estat civil o de convivència i el sexe	60
Figura 56. Cura de les persones menors de 15 anys en població de 16 a 64 anys segons el sexe	60
Figura 57. Cura de les persones majors de 65 anys en població de 16 a 64 anys segons el sexe	61
Figura 58. Cura de les persones amb discapacitat en població de 16 a 64 anys segons el sexe	61
Figura 59. Responsabilitat principal de les tasques domèstiques en població de 16 a 64 anys segons el sexe	61
Figura 60. Hores setmanals de treball domèstic en població de 16 a 64 anys segons el nombre de fills o filles a la llar i el sexe	62
Figura 61. Hores setmanals de treball domèstic en població de 16 a 64 anys segons el nivell d'estudis i el sexe	62
Figura 62. Cura de les persones menors de 15 anys en població ocupada casada o que viu en parella segons el sexe	63
Figura 63. Cura de les persones majors de 65 anys en població ocupada casada o que viu en parella segons el sexe	64
Figura 64. Cura de les persones amb discapacitat en població ocupada casada o que viu en parella segons el sexe	64
Figura 65. Responsabilitat principal de les tasques domèstiques en població ocupada casada o que viu en parella segons el sexe	64
Figura 66. Hores setmanals de treball domèstic en població ocupada casada o que viu en parella segons el nombre de fills o filles a la llar i el sexe	65
Figura 67. Hores setmanals de treball domèstic en població ocupada casada o que viu en parella segons la classe social i el sexe	65
Figura 68. Hores setmanals de treball domèstic en població ocupada casada o que viu en parella segons l'edat i el sexe	65
Figura 69. Hores setmanals de treball remunerat en població ocupada casada o que viu en parella segons el nombre de fills o filles a la llar i el sexe	65
Figura 70. Hores setmanals de treball total en població ocupada casada o que viu en parella segons el nombre de fills o filles a la llar i el sexe	66
Figura 71. Hores setmanals de treball total en població ocupada casada o que viu en parella segons la classe social i el sexe	66
Figura 72. Població ocupada casada o que viu en parella amb mal estat de salut percebut, mala salut mental i consum de psicofàrmacs segons el sexe	67
Figura 73. Població ocupada casada o que viu en parella amb mal estat de salut percebut, mala salut mental i consum de psicofàrmacs segons la classe social i el sexe	67
Figura 74. Població ocupada casada o que viu en parella amb mal estat de salut percebut, mala salut mental i consum de psicofàrmacs segons la convivència o no amb persones amb discapacitat i el sexe	68
Figura 75. Comportaments relacionats amb la salut en població ocupada casada o que viu en parella segons la classe social i el sexe	68
Figura 76. Mestresses de casa i dones ocupades segons la situació laboral i l'edat	69
Figura 77. Mestresses de casa i dones ocupades segons la situació laboral i el nivell d'estudis	69
Figura 78. Cura de les persones menors de 15 anys en mestresses de casa i dones ocupades segons la situació laboral	69
Figura 79. Cura de les persones majors de 65 anys en mestresses de casa i dones ocupades segons la situació laboral	70
Figura 80. Cura de les persones amb discapacitat en mestresses de casa i dones ocupades segons la situació laboral	70
Figura 81. Responsabilitat principal de les tasques domèstiques en mestresses de casa i dones ocupades segons la situació laboral	70
Figura 82. Hores setmanals de treball domèstic en mestresses de casa i dones ocupades segons el nombre de fills o filles a la llar i la situació laboral	71
Figura 83. Hores setmanals de treball domèstic en mestresses de casa i dones ocupades segons el nivell d'estudis i la situació laboral	71
Figura 84. Hores setmanals de treball total en mestresses de casa i dones ocupades segons el nombre de fills o filles a la llar i la situació laboral	71

Figura 85. Hores setmanals de treball total en mestresses de casa i dones ocupades segons el nivell d'estudis i la situació laboral.....	71
Figura 86. Mestresses de casa i dones ocupades amb mal estat de salut percebut, mala salut mental i consum de psicofàrmacs segons el nivell d'estudis i la situació laboral.....	72
Figura 87. Mestresses de casa i dones ocupades amb mal estat de salut percebut, mala salut mental i consum de psicofàrmacs segons la convivència o no amb persones amb discapacitat i la situació laboral.....	72
Figura 88. Comportaments relacionats amb la salut en mestresses de casa i dones ocupades segons el nivell d'estudis i la situació laboral.....	73
Figura 89. Correspondència entre els grups d'ocupació (CCO a un dígit) i la classe social ocupacional segons el sexe.....	81

Presentació

Des de mitjan anys setanta, les societats occidentals es troben en un procés de canvi del model econòmic que està comportant transformacions importants en el sistema productiu i les relacions laborals. La globalització econòmica i la terciarització de l'economia i de la població activa en els països desenvolupats són dos dels canvis de més relleu. Aquesta tendència s'acompanya d'un augment de la valoració del coneixement i de la formació, de manera que en l'actualitat cada cop hi ha menys llocs de treball que es caracteritzen per les exigències físiques, mentre que les de tipus mental i emocional cada cop són més preeminentes. Una tercera tendència està marcada pel canvi tecnològic constant i accelerat representat sobretot per les tecnologies de la informació. També es produeixen noves formes d'organització del treball i de la producció que tenen com a element central la idea de la flexibilitat com a manera de millorar la productivitat i l'adaptació als canvis constants de la població treballadora.

D'altra banda, la incorporació massiva de les dones al mercat de treball fa entrar en crisi el model tradicional de divisió sexual del treball, comporta importants transformacions socials i està exigint una adaptació de les dues principals esferes en què fins fa ben poc es dividia de manera rígida la vida social: el treball remunerat i el treball domèstic i familiar. Malgrat això, el mercat laboral encara manté una profunda segregació de gènere, tant horitzontal com vertical, i a les llars els papers d'homes i dones canvien poc. Així, el problema de la conciliació de la vida laboral i familiar sorgeix en intentar compaginar la família i el treball remunerat, sense que s'hagi complementat la transició cap a un model nou sustentat en un repartiment equilibrat dels papers d'homes i dones en l'àmbit familiar.

En aquest entorn de canvis relacionats amb el treball sorgeix la necessitat de conèixer l'impacte que les formes de treball tenen en la salut de la població treballadora, un aspecte que sovint, almenys en el nostre entorn, s'ha centrat en els dos indicadors clàssics de la salut laboral, les lesions per accident de treball i les malalties professionals, que tot i la seva importància, són clarament insuficients per valorar els múltiples vessants de la relació entre el treball i la salut.

En aquest informe s'aborden, amb dades molt recents i centrades a la ciutat de Barcelona, la salut i el treball, amb una anàlisi focalitzada en un dels eixos dels canvis comentats, la divisió sexual del treball. En un proper informe s'aprofundirà en l'altre, la salut laboral amb relació a la globalització econòmica i la precarietat.

Resum

Resum executiu

Resum executiu

El treball remunerat

1. Característiques generals del mercat laboral de Barcelona

L'activitat laboral remunerada és la situació més freqüent entre la població barcelonina de 16 a 64 anys. Segons l'*Enquesta de població activa*, a Barcelona, al quart trimestre de 2007, la taxa específica d'activitat era de 84,8% en els homes i de 66,0% en les dones, la d'ocupació de 80,0% en els homes i de 66% en les dones i la d'atur de 5,7% en els homes i 6% en les dones.

La població ocupada

Poc més de la meitat de la població ocupada són homes, que treballen més en ocupacions de tipus manual (sobretot en ocupacions de la indústria, construcció i mineria) que les dones, entre les quals hi ha més professionals, personal de serveis i comerç i administratives. El sector dels serveis és el majoritari, sobretot en el cas de les dones, el 88% de les quals hi treballen. En comparació amb la resta de Catalunya, la població ocupada de Barcelona està més feminitzada, té una edat lleugerament superior, treballa més en el sector dels serveis (sobretot els homes) i és de classes socials no manuals en una proporció superior.

La segregació de gènere en el treball remunerat

L'increment de dones en el mercat de treball segueix un patró de segregació per gènere, tal com succeeix a la resta d'Europa. La segregació horitzontal es caracteritza per una presència d'homes i dones en ocupacions i sectors d'activitat molt diferents i un ventall d'ocupacions i activitats econòmiques molt més reduït per a les dones. A Barcelona hi ha 51 ocupacions en què pràcticament només treballen homes i 15 d'exercides quasi exclusivament per dones. En la construcció un 88% dels treballadors són homes, mentre que en les activitats de la llar que ocupen personal domèstic o en activitats diverses de serveis personals hi ha una proporció similar de dones. La segregació vertical la il·lustra el fet que el 27% dels homes ocupats tenen personal al seu càrrec, mentre que en el cas de les dones només en tenen el 15%, diferència que s'incrementa entre les persones amb nivells d'estudis superiors.

L'atur

L'impacte en la salut de la pèrdua o la manca de treball remunerat s'associa amb diferents problemes de salut, sobretot de tipus mental. Un dels factors implicats són les dificultats financeres, de manera que el cobrament d'algun tipus de prestació econòmica és un factor protector de la

salut. Segons l'*Enquesta de Salut a Barcelona 06*, el 8,9% de les dones i el 6,8% dels homes estan en atur, amb percentatges superiors en les classes socials més desfavorides. El 52,6% de la població aturada no cobra cap prestació econòmica i són les dones i les classes socials més desfavorides les que menys en reben.

La inestabilitat laboral

La inestabilitat en el lloc de treball es relaciona amb una salut mental, i també social, pitjor, entesa aquesta com la dificultat en la transició a la vida adulta. Les formes de contractació més inestables es distribueixen de forma diferent, amb una proporció més gran d'homes amb un contracte temporal d'obra o servei (5,4% dels assalariats) i de dones que treballen sense contracte (4,1%). Les classes socials menys benestants tenen menys proporció de contractes fixos i més proporció de les formes més inestables de contractació (el 6,6% dels homes de les classes IV-V tenen contractes d'obra o servei i el 9,5% de les dones del mateix grup treballen sense contracte). Només un 29,4% dels homes de 16 a 24 anys tenen un contracte fix.

Els horaris laborals

Les hores de treball

Hi ha clares diferències de gènere en la durada de la jornada laboral. Els homes fan jornades més llargues i les dones treballen més a temps parcial. Les treballadores de classes manuals són les que fan menys jornades de durada estàndard (30-40 hores setmanals).

S'ha documentat que les jornades de treball llargues s'associen a un ampli ventall de problemes de salut. El 41,5% dels homes ocupats treballen més de 40 hores setmanals (l'11,3% més de 50 hores), sobretot els que treballen per compte propi i, entre aquests, els de les classes manuals (més de dos terços fan més de 40 hores). Entre els homes assalariats, les jornades llargues les fan sobretot directius, treballadors de serveis i de comerç, operadors d'instal·lacions i maquinària i treballadors qualificats de la indústria i la construcció (més del 40% fan horaris de més de 40 hores setmanals). Entre les dones destaquen les treballadores de serveis i comerç (25%).

De la mateixa manera que les jornades llargues són predominantment masculines, el treball a temps parcial és sobretot femení: un 17,5% en el cas de les dones ocupades i un 7% en el dels homes ocupats. Aquestes jornades s'han associat a unes condicions de treball pitjors i solen ser feines poc qualificades, mal pagades, monòtones, amb poques oportunitats de promoció i amb menys estabilitat. Les treballadores no qualificades i les qualificades de la indústria i la construcció són les que més treballen a temps parcial; entre els homes, són els treballadors dels serveis i el comerç.

Les jornades laborals

A més del nombre d'hores dedicat al treball remunerat, la distribució d'aquestes al llarg del dia determina en bona mesura l'organització de la resta del temps, de manera que les jornades en horaris no estàndard poden dificultar la vida social i familiar; a més, alguns tipus de jornada s'han associat a un ampli ventall de trastorns de salut. Una quarta part de la població ocupada de Barcelona fa una jornada no estàndard i la més freqüent és la jornada irregular o variable segons els dies (12,6%), seguida del treball per torns (5,8%).

La jornada irregular és més freqüent entre la població que treballa per compte propi, en els homes, entre els de classes més benestants i, en les dones, és una mica més freqüent entre les de classes manuals (el 40% de les dones autònomes de classes manuals). En la població assalariada, entre els homes són els professionals científics i intel·lectuals els que més fan aquest tipus de jornada i, entre les dones, les treballadores no qualificades.

Són les classes socials menys benestants les que més treballen per torns, sobretot el personal operari d'instal·lacions i maquinària d'ambdós sexes, amb un percentatge del 15,4%. Les jornades contínues de nit són les menys freqüents entre la població ocupada. Són més habituals en els homes, les classes socials manuals i, sobretot, entre els homes en ocupacions no qualificades (9,6%) seguits del personal de serveis i comerç d'ambdós sexes.

La flexibilitat horària

El 44,6% de la població ocupada de Barcelona té flexibilitat en la seva jornada habitual de treball, situació que s'associa sobretot al fet de treballar pel seu compte o no (80% en el primer cas i 38% en el segon). Els homes assalariats tenen més flexibilitat horària que les dones i els de classes més benestants doblen els de classes manuals. Els homes en ocupacions no qualificades i les dones qualificades de la indústria i la construcció són les ocupacions amb menys flexibilitat. En algunes ocupacions, les diferències entre homes i dones són destacades.

El país d'origen

Aproximadament les dues terceres parts de la població ocupada de Barcelona ha nascut a Catalunya. El següent col·lectiu més nombrós és el constituït per les persones procedents de països en desenvolupament (18,1%), que treballen majoritàriament en ocupacions manuals (el 68,8% dels homes i el 74,8% de les dones). Una proporció significativa dels homes nascuts en aquests països es concentren en la construcció (el 31,4% dels homes treballadors manuals són d'aquesta procedència), mentre que la meitat de les dones treballen com a empleades domèstiques (19,4%), personal de neteja d'oficines i hotels (11,7%), dependents (11,0%) i cambres (8,0%). En general, les condicions de treball estan lligades fonamentalment a la

classe social, més que al país d'origen, tot i que en alguns aspectes són pitjors en les persones nascudes en països en desenvolupament. Per exemple, la inestabilitat laboral és més elevada (entre els homes de classes manuals, el 73,6% dels nascuts a Catalunya tenen un contracte fix, mentre que els nascuts en països en desenvolupament són el 41,9%), el salari és més baix (sobretot entre les dones) i alguns riscos laborals són més freqüents.

2. Els riscos laborals

Segons l'ESB06, els factors de risc de naturalesa psicosocial són els més presents en la població ocupada de Barcelona, juntament amb els moviments repetitius. Els homes estan més exposats a la mobilització de pesos i a la pols i les dones una mica més als moviments repetitius. Els treballadors i les treballadores de classes manuals són els que tenen més exposició als riscos considerats en l'ESB06, sobretot als riscos físics entre els homes i als moviments repetitius i a la monotonia en la feina, entre les dones. En general, el personal qualificat de la indústria i la construcció, el no qualificat i l'operador d'instal·lacions i maquinària són les ocupacions amb més exposició; en alguns casos també ho és el personal de serveis i comerç.

3. L'estat de salut

Lesions per accident de treball

L'any 2007 a Barcelona s'han produït 42.609 lesions per accident de treball (LAT) amb baixa, 448 de les quals són greus i 29 mortals. Aquestes dos darrers tipus són més freqüents en homes i en classes manuals. Els homes en ocupacions qualificades de la indústria i construcció presenten la proporció més gran d'aquestes LAT (26,4%), seguits pels d'ocupacions no qualificades. Una tercera part de les LAT greus i mortals s'han produït *in itinere* i poc més de la meitat han estat de causa traumàtica durant la jornada laboral. Així com aquestes darreres han afectat sobretot treballadors i treballadores manuals, les primeres han tingut més pes entre les classes més benestants. Entre els anys 2000 i 2007 la incidència de les LAT ha disminuït, sobretot les greus i les de causa traumàtica ocorregudes durant la jornada laboral. Les mortals s'han mantingut força estables (al voltant de cinquanta anuals), tret dels dos darrers anys, amb un notable increment l'any 2006 i un descens encara més pronunciat el 2007. La incidència de LAT en jornada laboral és inferior a Barcelona que a la resta de Catalunya, mentre que les produïdes *in itinere* tenen valors semblants en ambdós territoris.

Malalties professionals

L'any 2006 es van notificar 617 malalties professionals (MP) amb baixa que van afectar proporcions similars de dones i homes. La majoria van ser per fatiga de les beines tendinoses (80,8% en homes i 70,9% en dones), seguides de les produïdes per paràlisi dels nervis deguda a pressió

(5,8% en homes i 17,9% en dones). La majoria de les MP declarades afectaven població ocupada de classes manuals i les ocupacions més freqüents van ser, entre les dones, les treballadores no qualificades seguides de les de serveis i comerç, i entre els homes els treballadors qualificats de la indústria i la construcció seguits dels operadors d'instal·lacions i maquinària. El nombre i la incidència de MP han experimentat una tendència decreixent des de l'any 2001, especialment marcada el 2006. En comparació amb la resta de regions sanitàries de Catalunya, la incidència d'MP és significativament més baixa a Barcelona.

Malalties relacionades amb el treball

Dels 415 casos notificats el 2007 a la Unitat de Salut Laboral (USL) de Barcelona, gairebé dues terceres parts s'han produït en dones. Entre els homes han estat més freqüents en classes manuals i entre les dones en les no manuals. L'ocupació més freqüent entre les dones ha estat la de professional de suport, seguida de les treballadores de serveis i comerç, mentre que entre els homes han estat els treballadors qualificats de la indústria, la construcció i la mineria, seguits dels professionals de suport i els treballadors no qualificats. Entre l'any 2001 i el 2007, els casos notificats a la USL de Barcelona han passat de 48 a 415 i els problemes de salut de tipus ansio-depressiu han estat els més notificats en els darrers anys (el 2007 han constituït el 64,3%, seguits pels trastorns musculoesquelètics, que han estat el 20,7%), amb una freqüència molt superior a la de la resta de regions sanitàries (el 2005 a Catalunya van ser el 34% i a Barcelona el 70,5%).

Estat de salut percebut

El 16,7% de les dones ocupades i l'11,1% dels homes ocupats afirmen tenir un estat de salut regular o dolent, amb més freqüència en les classes socials menys benestants (el 26,2% de les dones de classes manuals tenien mal estat de salut). El personal no qualificat (sobretot les dones, entre les quals més d'una tercera part tenia mal estat de salut), operadors d'instal·lacions i maquinària, personal qualificat de la indústria i construcció, i també, sobretot entre les dones, les treballadores dels serveis i comerç, eren les ocupacions amb una pitjor salut percebuda. En algunes ocupacions les diferències de gènere són molt accentuades i cal destacar que entre les dones de serveis i comerç la proporció de mal estat de salut es multiplica per 2,4 amb relació als homes de la mateixa ocupació i edat.

Salut mental

La proporció de dones amb mal estat de salut mental és el doble que la d'homes (18% i 9,2%) i també és superior en les classes socials menys benestants d'ambdós sexes, sobretot entre les dones (el 23% de les de classes IV-V tenen mala salut mental). Dones en ocupacions no qualificades, operadores d'instal·lacions i maquinària, serveis i comerç i administratives (amb proporcions iguals o superiors al 20%) i homes en ocupacions no qualificats (17,6%) són els grups ocupacionals amb freqüència més elevada de pa-

timent mental. Les desigualtats de gènere s'aprecien sobretot entre el personal de serveis i comerç, administratiu i professionals de suport.

Mal d'esquena cervical

Pel que fa al dolor crònic d'esquena a nivell cervical, la proporció de dones ocupades que en pateixen dobla la dels homes (26,3% i 13,2%, respectivament). Les classes socials menys benestants tenen més dolor cervical, amb una elevada proporció de dones de classes IV-V. En ambdós sexes, el personal operador d'instal·lacions i maquinària és el que presenta un percentatge més gran de dolor cervical (23,6% els homes i 41,2% les dones). Entre les dones, les segueixen les d'ocupacions no qualificades i les treballadores de serveis i comerç. Entre els homes, destaquen els treballadors no qualificats i els qualificats de la indústria i la construcció. Les desigualtats més grans entre homes i dones es produeixen en el personal de serveis i comerç (les dones tenen una freqüència quatre vegades superior als homes de la mateixa ocupació i edat).

Mal d'esquena lumbar

La proporció de dones amb dolor lumbar és similar a la de dolor cervical (26,3%) i la d'homes superior (19%). Amb l'edat s'incrementen les diferències entre els uns i les altres. En ambdós sexes, el treball en ocupacions manuals multiplica per dos la probabilitat de patir dolor lumbar respecte a les classes no manuals. La proporció més elevada és la de les dones de classes IV-V (33%). Els homes i les dones operadors d'instal·lacions i maquinària (sobretot les dones) i el personal no qualificat són les ocupacions que pateixen amb més freqüència dolor lumbar.

Migranya o mals de cap freqüents

Un 15,3% de la població ocupada afirma patir migranya o mals de cap freqüents, més les dones que els homes (un 21,6% de dones i 9,7% d'homes). Entre els homes no hi ha diferència entre classes socials, contràriament a les dones, en les quals són les de classes manuals les que més en pateixen (27,1%). La freqüència més alta de migranya es dona en les treballadores qualificades de la indústria i construcció i en les no qualificades. En general, les diferències entre homes i dones són molt elevades en totes les ocupacions, però cal destacar les que es donen entre el personal directiu i el qualificat de la indústria i la construcció.

Trastorns crònics

Un 63,7% de la població ocupada pateix almenys un dels trastorns crònics considerats en l'ESB06, més les dones (73,7%) (sobretot les de classes manuals) que els homes (58,4%). Les proporcions de persones amb trastorns crònics varien poc entre ocupacions, però tenint en compte la diferent distribució de l'edat, les treballadores de classes manuals i específicament les no qualificades tenen més trastorns crònics en comparació amb els altres grups. Les desigualtats entre homes i dones en la mateixa ocupació

són més accentuades entre el personal operador d'instal·lacions i maquinària, amb 5,6 vegades més dones que presenten almenys un trastorn crònic que els homes de la mateixa edat.

Satisfacció amb les condicions de treball

La major part de la població ocupada es manifesta satisfeta amb les seves condicions de treball, valoració que s'incrementa amb l'edat. La proporció de dones insatisfetes amb les condicions de treball és una mica superior a la d'homes (17,7% i 14,9%, respectivament) i són les classes més benestants les que n'estan més satisfetes. Operadors d'instal·lacions i maquinària i personal no qualificat destaquen entre els homes quant a la proporció d'insatisfacció amb la feina, amb valors propers al 30%, mentre que en les dones són les treballadores qualificades de la indústria i la construcció. Entre homes i dones hi ha grans desigualtats entre el personal qualificat de la indústria i la construcció i els professionals de la ciència i els intel·lectuals, independentment de l'edat.

4. Els comportaments relacionats amb la salut

Tabaquisme

La freqüència de tabaquisme és superior entre els homes ocupats (el 32,5% dels homes i el 24,8% de les dones fumen), i entre aquests en els de classes més desfavorides, sobretot entre els treballadors qualificats de la indústria i la construcció, operadors d'instal·lacions i maquinària i treballadors no qualificats.

Excés de pes

L'excés de pes és més freqüent entre els homes (52,4% dels homes per 27,1% de les dones) i en els dos sexes s'incrementa en les classes més desfavorides, sobretot entre les dones. Els operadors d'instal·lacions i maquinària i els treballadors qualificats de la indústria i la construcció són, entre els homes, les ocupacions que presenten excés de pes amb més freqüència. Entre les dones, destaquen les treballadores en ocupacions no qualificades.

Exercici físic en el temps de lleure

La pràctica d'activitat física moderada o vigorosa en el temps de lleure és més freqüent entre els homes (45,1% dels homes i 30,9% de les dones). En els dos sexes ho és menys entre les classes socials menys benestants, entre les quals destaquen les dones de classes manuals, en què tres quarts parts no fan aquesta activitat. Sobretot les dones en ocupacions no qualificades practiquen molt poca activitat física moderada o vigorosa en temps de lleure; les treballadores de serveis i comerç també es compten entre les que menys fan aquest tipus d'activitat. Entre els homes, treballadors no qualificats, operadors d'instal·lacions i maquinària i treballadors qualificats de la indústria i la construcció són els més sedentaris en temps de lleure.

Hores de son

Entre la població ocupada de Barcelona, el 29,4% dorm sis hores o menys al dia, sense diferències de gènere. Entre les dones, el percentatge de les que dormen poques hores és superior entre les de classes manuals i les d'ocupacions no qualificades, amb una proporció del 43,9%, molt superior a la dels homes de la mateixa ocupació.

El treball domèstic i familiar

1. Característiques generals de la població de 16 a 64 anys

En el nostre entorn, les dones continuen sent les principals responsables de les tasques domèstiques i familiars. Un 13% de les dones de 16 a 64 anys treballa a temps complet com a mestressa de casa, mentre que el percentatge entre els homes és insignificant. La majoria de les mestresses de casa (74,5%) havien treballat amb anterioritat i la principal raó per abandonar la feina remunerada són les obligacions familiars.

Una mica més de la meitat de les persones de 16 a 64 anys estan casades o viuen en parella i és més freqüent que les dones convisquin amb fills i amb persones majors de 65 anys. En canvi, no hi ha diferències de gènere en el fet de convisure amb alguna persona amb discapacitat ni en el de disposar d'una persona contractada per a les tasques domèstiques.

Hi ha una clara desigualtat de gènere en la distribució de les tasques domèstiques i familiars, que es reflecteix en tots els indicadors analitzats. Així, la proporció de dones que s'ocupen principalment de la cura de persones majors de 65 anys i de persones amb discapacitat és el doble que la d'homes, el 38% s'ocupen de les tasques domèstiques com ara netejar, planxar, cuinar, etc., en comparació amb el 2,4% dels homes que afirmen ser els principals responsables d'aquesta feina. El temps de dedicació a aquestes tasques reflecteix la diferència entre uns i altres (11,2 hores de mitjana setmanal entre els homes i 22,9 entre les dones). Entre els homes no s'observa cap associació amb el nombre d'infants, mentre que entre les dones, en canvi, hi ha una tendència creixent en el temps dedicat a aquestes tasques a mesura que s'incrementa el nombre de fills o filles (les que conviuen amb tres o més criatures hi dediquen 36 hores setmanals). En ambdós sexes s'associa al nivell d'estudis, però, en sentit contrari, la dedicació s'incrementa en els homes amb estudis superiors i en les dones amb estudis primaris.

2. Compaginació de la vida laboral i familiar

Aquest apartat se centra en les persones de 16 a 64 anys ocupades i casades o que viuen en parella.

La dedicació al treball domèstic i familiar

El temps de dedicació al treball domèstic i familiar i al treball remunerat reflecteix una clara divisió sexual del treball. Entre els treballadors casats o que viuen en parella, la mitjana d'hores setmanals dedicades al treball remunerat és superior en els homes (44 hores i 36,4 hores en homes i dones, respectivament) i al domèstic i familiar en les dones (9,5 hores els homes i 18,3 hores les dones). El temps de treball total és superior entre les dones (53,4 hores i 54,6 hores en homes i dones, respectivament).

Els percentatges de dones que són responsables principals de la cura de persones majors de 65 anys i de persones amb discapacitat són superiors als dels homes, i sobretot ho són amb relació a les tasques domèstiques (39,6% de les dones i 1,1% dels homes) i a la cura de menors de 15 anys (29,8% i 0,7%, homes i dones, respectivament).

El temps de treball domèstic és superior entre les dones i entre aquestes s'incrementa de forma lineal amb el nombre de fills o filles a la llar i entre les classes socials més desfavorides; entre els homes no s'observa cap associació amb aquestes variables. El nombre de criatures no s'associa amb un augment d'hores del treball remunerat entre els homes, mentre que en les dones s'observa una petita reducció. Finalment, les diferències de gènere en el temps de treball total són insignificants entre les parelles que no conviuen amb fills o filles i entre les de classes més privilegiades, però s'incrementen a mesura que ho fa el nombre de criatures i entre les classes més desfavorides (entre els homes amb tres criatures o més la mitjana de temps de treball total és de 55,6 hores, mentre que entre les dones en la mateixa situació és de 62,9). Els resultats suggereixen que les diferències de gènere en el temps de treball domèstic no es redueixen significativament entre les generacions més joves.

L'estat de salut

L'estat de salut de les dones és pitjor que el dels homes: tenen un estat de salut percebut més dolent, una salut mental també pitjor i consumeixen més psicofàrmacs. En els dos sexes, la freqüència de mal estat de salut percebut i de mal estat de salut mental s'incrementa entre les classes socials més desfavorides; a més, entre les dones també ho fa el consum de psicofàrmacs. En ambdós sexes, la freqüència de mal estat de salut percebut i de mal estat de salut mental és superior entre els que viuen amb una persona amb discapacitat i, a més, entre les dones el percentatge de consum de psicofàrmacs és també superior.

Els comportaments relacionats amb la salut

La proporció de persones que no fan activitat física moderada o vigorosa en temps de lleure és superior entre les dones (71,8% i 60,1%), mentre que la freqüència de tabaquisme i la d'excés de pes ho és entre els homes (56,5% i 30,0% pel que fa al tabaquisme i 28,6% i 22,7% pel que fa a l'excés de pes). Entre les dones, l'excés de pes és l'única situa-

ció associada amb una característica de la unitat familiar, la convivència amb persones amb discapacitat (53,6% de les dones que hi viuen per 28,4% de les que no). En els dos sexes el tabaquisme, el sedentarisme i l'excés de pes són més freqüents entre les persones de classes desfavorides. A més, mentre que entre els homes les hores de son no s'associen amb la classe social, entre les dones dormir sis hores o menys al dia és més freqüent entre les treballadores manuals.

3. Mestresses de casa i dones ocupades

Aquest apartat se centra en les mestresses de casa i les dones ocupades de 16 a 64 anys casades o que viuen en parella.

Ser mestressa de casa és més freqüent entre les dones més grans i les de menys nivell d'estudis. Les mestresses de casa conviuen amb més freqüència amb persones majors de 65 anys i amb persones amb discapacitat, mentre que entre les dones ocupades és més freqüent tenir una persona contractada per a les feines de la llar.

Les mestresses de casa s'encarreguen amb molta més freqüència que les dones ocupades de la responsabilitat principal de les tasques domèstiques i de la cura de les persones menors de 15 anys. Les diferències són més petites pel que fa a la cura dels majors de 65 anys i quasi inexistents en la cura de les persones amb discapacitat.

El temps de treball total és molt més alt entre les dones ocupades, que li dediquen 59,8 hores setmanals davant les 42,1 de les mestresses de casa. En els dos grups, el nombre d'hores, tant de treball domèstic com de treball total setmanal, s'incrementa amb el nombre de fills o filles a casa. Entre les dones ocupades també s'incrementen el treball domèstic i el total en disminuir el nivell d'estudis i són les ocupades amb estudis primaris les que tenen una dedicació més gran (dediquen al conjunt de les dues feines 63 hores setmanals).

L'estat de salut

No hi ha diferències ni en l'estat de salut percebut ni en l'estat de salut mental entre les dues situacions laborals, però la freqüència de consum de psicofàrmacs és superior entre les mestresses de casa. Mentre que entre les dones ocupades els tres indicadors de salut s'associen amb el nivell d'estudis, en les mestresses de casa només s'observa associació amb l'estat de salut percebut. D'altra banda, en els dos col·lectius, conviure amb una persona amb discapacitat s'associa amb un estat de salut percebut i de salut mental pitjor i amb un consum de psicofàrmacs més alt.

Els comportaments relacionats amb la salut

La freqüència d'excés de pes és superior entre les mestresses de casa (53,1% davant de 30,7%). Tant entre les dones empleades com entre les mestresses de casa, el percen-

tatge d'excés de pes, de sedentarisme durant el temps de lleure i de les que dormen sis hores o menys al dia s'incrementa entre les que tenen un nivell d'estudis més baix. Hi ha un patró de nivell socioeconòmic diferent amb relació amb el tabac: mentre que entre les dones ocupades la freqüència és superior entre les de menys nivell d'estudis, entre les mestresses de casa succeeix a l'inrevés. Conviure amb persones amb discapacitat s'associa a excés de pes entre les dones ocupades (53,6% de les que hi conviuen tenen excés de pes per 28,4% de les que no hi conviuen) i a dormir sis hores o menys al dia entre les mestresses de casa (55,6% per 37,1%).

Introducció

Introducció

Hi ha moltes raons que expliquen el potencial efecte beneficiós del treball sobre la salut. En primer lloc, per a la majoria de les persones el treball remunerat és la principal font de recursos econòmics. A més, proporciona altres beneficis intangibles com ara estatus social, autoestima, oportunitat de desenvolupar les pròpies habilitats, de prendre decisions, suport social o estructura temporal de la vida quotidiana.¹ D'altra banda, l'atur se sol considerar un factor primari d'exclusió social que impedeix l'accés als beneficis del treball remunerat.

En alguns treballs, però, els beneficis són pocs. Hi ha feines on els salaris baixos tot just si permeten sobreviure, on els treballadors i les treballadores han de fer feines monòtones o repetitives, on no poden utilitzar les seves habilitats ni prendre decisions, on se succeeixen els contractes temporals, o en les quals es troben exposats a altres riscos que posen en perill la seva salut física o mental. D'altra banda, el fet de tenir feina o no tenir-ne i les possibilitats de trobar-ne, així com tenir unes condicions de treball bones o dolentes, no és aleatori sinó un fenomen estructural determinat en gran mesura pel gènere i la classe social, lligat alhora a les desigualtats en l'estructura de poder existent en la societat i en el treball.

El terme desigualtats en la salut fa referència a les diferents oportunitats i recursos relacionats amb la salut que tenen les persones de diferent classe social, gènere, ètnia o territori, de manera que els col·lectius més desfavorits, que són les classes socials menys avantatjades, les dones, les persones que viuen en àrees geogràfiques amb més privació material o social i les persones immigrants de països de renda baixa, presenten una salut pitjor que la resta.² És important assenyalar que, des del punt de vista de la salut, l'impacte de les desigualtats socials és superior al d'altres factors de risc tan coneguts com el tabaquisme. A més, afecten tota la població, no només les persones en situacions extremadament desfavorides, i en els últims anys estan augmentant. Finalment, està demostrat que les desigualtats socials en la salut es poden reduir mitjançant la posada en pràctica de polítiques socials i sanitàries apropiades.³

Els estudis sobre desigualtats en salut laboral a Espanya són molt escassos, alguns treballs dispersos de la dècada dels anys noranta del segle passat posaven en evidència

el pitjor estat de salut, mesurat amb diferents indicadors, amb relació a l'atur, els treballs manuals i els contractes temporals. La primera anàlisi duta a terme a Catalunya es va publicar l'any 2003⁴ i posava de manifest l'existència de desigualtats de gènere i de classe social en la salut laboral que tres anys més tard, en una avaluació de l'evolució d'aquestes desigualtats, es constata que persistien.⁵

L'anàlisi sobre la influència del treball en la salut s'ha desenvolupat en dues línies paral·leles. D'una banda, la salut laboral clàssica ha centrat l'atenció en els riscos de seguretat i higiene del treball remunerat i en els treballs manuals característics dels homes, en què aquests riscos estan més presents. Les dones han treballat sempre, però malgrat que fa dècades que han entrat massivament en el mercat laboral, hi ha un desenvolupament insuficient de la salut laboral referida al sexe femení.⁶ La situació comença a canviar a causa dels grans canvis en la producció, en l'organització del treball i en el mercat de treball que han fet ampliar el camp d'anàlisi als riscos ergonòmics i psicosocials.

Paral·lelament, l'estudi de les desigualtats socials en la salut es porta a terme en bona mesura amb el treball com a element central de marcs estructurals d'anàlisi diferents per a homes i dones. En els primers se centra en les desigualtats de classe social, habitualment mesurada a través de l'ocupació. Al contrari, el marc de rols –que examina generalment tres rols, la situació laboral^a, l'estat civil o de convivència i la paternitat o maternitat, on els papers de mare i esposa són centrals i l'ocupació es considera un rol addicional– ha dominat l'anàlisi dels determinants socials de la salut de les dones.⁷ Aquest enfocament contrasta amb l'escassa atenció donada a la influència dels rols familiars en la salut dels homes, així com a les desigualtats de gènere en la salut derivades de la desigual distribució de les responsabilitats familiars entre homes i dones.^{8,9} D'altra banda, els estudis sobre determinants socials de la salut de les dones no han tingut prou en compte el paper de la classe social que, com el gènere, representa una categoria social que determina diferents valors i actituds, recursos i oportunitats.

L'oblit de les dones en la salut laboral clàssica o l'ús d'enfocaments diferents per a l'anàlisi dels determinants socials de la salut segons el sexe són consistents amb la divisió

a Per situació laboral s'entén la relació de les persones amb el mercat laboral. Les més analitzades són empleat/ada, en atur i mestressa de casa.

sexual del treball que impregna tota la societat i dicta per als homes un paper central en l'àmbit laboral i públic i per a les dones un rol protagonista en la vida familiar.

Un abordatge més ampli de la salut laboral, doncs, implica tenir en consideració el treball remunerat i el treball domèstic i familiar^b. En aquest informe s'analitza la relació entre el treball i la salut a Barcelona des d'una perspectiva integradora de la salut laboral clàssica centrada en l'exposició als riscos laborals del treball remunerat i dels marcs procedents de l'anàlisi de les desigualtats socials en la salut. Per aquest motiu, l'informe s'ha organitzat en dos grans apartats, el primer dedicat al treball remunerat, amb l'anàlisi de les condicions de treball, els riscos laborals, l'estat de salut i els comportaments relacionats amb la salut, en tots els casos respecte a l'ocupació. El segon gran apartat, per la seva banda, examina el treball domèstic i familiar centrant-se en la situació laboral i analitzant la salut i els comportaments relacionats amb la salut en dues situacions concretes: la compaginació dels dos àmbits laborals en persones ocupades i l'activitat de les dones ocupades i les mestresses de casa. A més, en ambdós apartats s'analitzen sistemàticament les dades segons la classe social i el gènere.

L'objectiu general d'aquest informe és descriure l'estat de salut de la població de Barcelona amb relació al treball, centrant l'anàlisi en les desigualtats de gènere i de classe social.

b Si bé la salut laboral habitualment es limita a considerar l'àmbit del treball remunerat, alguns autors proposen reformular a fons el concepte de treball per tal d'incloure-hi a més del treball domèstic i familiar, el treball social no remunerat.

Mètodes

Mètodes

Població d'estudi

La població d'estudi està formada per les persones en situació laboral activa i les mestresses de casa residents a Barcelona de 16 a 64 anys.^c

Fonts de dades

La principal font de dades que s'ha utilitzat és l'*Enquesta de salut de Barcelona de l'any 2006* (ESB06). En total s'han utilitzat sis fonts de dades:

- ESB06. Agència de Salut Pública de Barcelona.
- *Enquesta de Salut de Catalunya 2006*. Departament de Salut.
- Registre d'accidents de treball. Departament de Treball.
- Registre de malalties professionals. Departament de Treball.
- Registre de malalties relacionades amb el treball. Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Població treballadora afiliada la Seguretat Social. Departament de Treball.

Variables explicatives

1. El treball remunerat

- Situació laboral: ocupació, atur amb cobrament de prestacions econòmiques i atur sense prestacions econòmiques.
- Ocupació segons la Classificació Catalana d'Ocupacions 94 (CCO-94). En l'anàlisi de l'ESB06 s'ha exclòs el grup de personal qualificat d'agricultura i pesca atès el baix nombre de persones (onze homes i una dona).
- Sector d'activitat econòmica segons la Classificació Catalana d'Activitats Econòmiques 93.
- Tenir personal a càrrec.
- Tipus de relació laboral: fixa (funcionari i contracte indefinit), temporal de durada determinada, contracte d'obra o servei o similar, treball sense contracte, personal autònom o professional sense assalariats/ades, empresari/ària.
- País d'origen: Catalunya, resta de l'Estat espanyol, resta de països desenvolupats, països en desenvolupament.

- Riscos laborals: soroll (que obliga a aixecar la veu per parlar amb els altres), contaminació ambiental (pols visible a la llum o vapors, líquids o alguna altra mena de pol·lució de l'aire), manipulació manual de càrregues (aixecar o moure coses de més de 15 kg fins a l'alçada de les espatlles o per sobre), moviments repetitius amb els braços o les mans, monotonia (feina poc variada), manca d'autonomia (possibilitat de fer la feina al seu aire), volum de feina (treballar massa), males relacions amb companys/es, males relacions amb superiors, treballar sol/a. Les 10 variables s'han categoritzat en dos grups: exposició (sovint o sempre) i no-exposició (mai o algunes vegades).
- Hores setmanals de treball remunerat: temps parcial (< 30), jornada estàndard (30-40), jornades llargues (> 40).
- Tipus de jornada laboral: treball diürn (jornada partida, contínua al matí, contínua a la tarda), contínua a la nit, torns, irregular o variable segons els dies.
- Flexibilitat horària en la jornada habitual.
- Regió sanitària. S'ha utilitzat per a l'anàlisi comparativa de lesions per accident de treball (LAT), malalties professionals (MP) i malalties relacionades amb el treball.
- Any. S'ha utilitzat per a l'anàlisi de l'evolució de les LAT, MP i malalties relacionades amb el treball.

2. El treball domèstic i familiar

- Situació laboral: ocupat/ada, mestressa de casa.
- Estat civil o de convivència: solter/a, casat/ada o en parella, vidu/vídua, separat/ada o divorciat/ada.
- Convivència amb fills o filles.
- Convivència amb persones majors de 65 anys.
- Convivència amb alguna persona amb discapacitat.
- Responsabilitat de la cura de menors de 15 anys: la persona entrevistada, la seva parella, persona entrevistada i parella, persona entrevistada i algú altre, una altra persona de la llar, altres.
- Responsabilitat de la cura de majors de 65 anys: la persona entrevistada, la seva parella, persona entrevistada i parella, persona entrevistada i algú altre, una altra persona de la llar, ella mateixa, altres.
- Responsabilitat de la cura de les persones amb discapacitat: la persona entrevistada, la seva parella, persona entrevistada i parella, persona entrevistada i algú altre, una altra persona de la llar, ella mateixa, altres.
- Responsabilitat principal en les tasques domèstiques:

^c En l'anàlisi de les LAT i les MP la població d'estudi és la que està donada d'alta a la Seguretat Social en un centre de cotització de Barcelona i que té cobertes les contingències professionals.

persona entrevistada, la seva parella, persona entrevistada i parella, persona entrevistada i algú altre, persona entrevistada i persona contractada, una altra persona de la llar, una persona contractada, altres.

- Nombre de fills i filles a la llar: cap, un, dos, tres o més.
- Hores setmanals de treball domèstic (dedicació a les feines de la casa com ara netejar, planxar, cuinar, etc.) incloent-hi dies feiners i caps de setmana.
- Hores setmanals de treball total: suma de les hores de treball remunerat i domèstic.

Variables d'estat de salut

- LAT. A més del total s'ha analitzat la gravetat (lleus, greus [greus i molt greus] i mortals) i el tipus (en jornada laboral [traumàtiques, de trànsit, no traumàtiques] i *in itinere*).
- MP. A més del total se n'ha analitzat el diagnòstic.
- Malalties relacionades amb el treball. A més del total se n'ha analitzat el diagnòstic.
- Estat de salut percebut: bona salut (excel·lent, molt bona, bona) i mala salut (regular i dolenta). La salut percebuda és un indicador ampli del benestar associat amb la salut i s'ha trobat que és un bon predictor de la mortalitat, fins i tot millor que el diagnòstic mèdic.^{10,11}
- Salut mental, mesurada amb la versió de 12 ítems del qüestionari de salut general de Goldberg (GHQ-12).¹² Aquest és un instrument de cribatge molt utilitzat en població general i també en salut laboral¹³ que detecta patiment mental o *distress* i que se centra més en el trencament del funcionament normal que en trets estables de la personalitat. Els valors superiors a dos indiquen una mala salut mental.
- Mal d'esquena cervical.
- Mal d'esquena lumbar.
- Migranya o mals de cap freqüents.
- Trastorns crònics, mesurats a partir d'una llista de 28 trastorns. S'ha considerat que una persona té trastorns crònics quan en presenta un o més.
- Satisfacció amb les condicions de treball: satisfacció (molt satisfet/a i satisfet/a) i insatisfacció (insatisfet/a i molt insatisfet/a).
- Consum de psicofàrmacs, mesurat a partir d'una llista de medicaments presos durant els dos últims dies en la qual s'han inclòs els psicofàrmacs i sedants, els antidepressius i les pastilles per dormir.

Variables de comportaments relacionats amb la salut

- Tabaquisme: no fumador/a (no fuma gens o menys d'un cop al dia) i fumador/a.
- Excés de pes, mesurat amb l'índex de massa corporal (IMC) que es defineix com la relació entre el pes de la persona i el quadrat de la talla. S'han utilitzat els punts de tall que recomana l'Organització Mundial de la Salut, considerant

excés de pes l'IMC igual o superior a 25 kg/m².

- Exercici físic en temps de lleure. La variable original s'ha calculat a partir de l'adaptació de l'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) incloent-hi només les activitats moderades (com anar amb bicicleta, fer gimnàstica, aeròbic, córrer, jugar a tennis, fer natació, patinatge, golf, ball, ioga o similars) i vigoroses (com jugar a futbol, bàsquet, hoquei, esquaix, arts marcial, muntanyisme, atletisme, ciclisme de competició, natació de competició o similars). S'ha agrupat en quatre categories: inactivitat (sedentarisme), activitat lleugera, moderada i intensa.
- Hores diàries de son: sis o menys i més de sis. Es considera que el temps normal de son que es necessita per a recuperar-se de l'esforç diari és d'entre set i nou hores diàries.

Variables d'estratificació

- Sexe.
- Classe social. En la població activa s'ha obtingut a partir de l'ocupació (de l'actual en població ocupada i de la darrera en població aturada) i s'ha elaborat a partir de la proposta del Grup de la Societat Espanyola d'Epidemiologia i de la Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària¹⁴ agrupada en tres categories. En l'anàlisi que inclou dones ocupades i mestresses de casa s'ha utilitzat el nivell d'estudis. A l'annex 1 (taula 2 a taula 4) es presenten les ocupacions més freqüents a tres dígits de la CCO-94 corresponents a cadascuna de les tres categories de classe social. A més, a l'annex 2 (figura 89) es presenta la correspondència entre la CCO-94 a un dígit i la classe social.
- Nivell d'estudis: primaris, secundaris, universitaris.

Anàlisi estadística

L'informe es basa en una anàlisi descriptiva. Quan s'han utilitzat les dades de l'ESB06 s'han fet anàlisis bivariades i multivariades per comprovar la significació estadística de les diferències trobades en les relacions examinades. Tots els models s'han ajustat per l'edat i altres variables confusores segons cada cas i totes les anàlisis s'han separat per sexe i classe social. Així, quan al text s'assenyala, per exemple, que hi ha diferències significatives entre homes i dones, significa que no s'expliquen per l'edat.

Per al càlcul de les taxes d'incidència de les lesions per accident de treball i malalties professionals s'ha utilitzat com a denominador la població ocupada donada d'alta al règim general de la Seguretat Social (el majoritari) i a l'especial de la mineria del carbó. El numerador es refereix a totes les LAT o MP ocorregudes en persones que tenen cobertes les contingències professionals, la qual cosa significa que a més dels dos règims esmentats hi pot haver LAT i MP ocorregudes en persones en altres situacions minoritàries,

com el personal autònom que té cobertes aquestes contingències. Un altre aspecte que cal tenir en compte amb relació tant als numeradors com als denominadors és que es refereixen a persones donades d'alta a la Seguretat Social en un centre de cotització de Barcelona i, per tant, el centre de treball podria ser un altre.

En funció de l'objectiu de cada apartat s'han fet seleccions de població diferent. Així, per exemple, amb relació al treball remunerat, en la major part del capítol s'ha utilitzat població ocupada, però algunes de les anàlisis estan centrades en població activa i altres en assalariada. En la primera part de l'apartat del treball no remunerat la població és l'ocupada i mestresses de casa de 16 a 64 anys; en el segon és la població ocupada que viu en parella, i en el tercer són les dones ocupades i mestresses de casa que viuen en parella, en ambdós casos de 16 a 64 anys. En tot cas, en cada apartat es fa referència a la població que s'ha considerat.

El treball remunerat

1. Característiques generals del mercat laboral de Barcelona
2. Els riscos laborals
3. L'estat de salut
4. Els comportaments relacionats amb la salut

1. Característiques generals del mercat laboral de Barcelona

La situació laboral més freqüent de la població barcelonina d'entre 16 i 64 anys és l'activitat remunerada, atès que més de tres quarts parts d'aquestes persones treballen (població ocupada) o estan en disposició de fer-ho (població en atur). Segons l'*Enquesta de població activa* (EPA),¹⁵ a Barcelona, al quart trimestre de 2007 la taxa específica d'activitat era de 84,8% en els homes i de 66,0% en les dones, la d'ocupació de 80,0% en els homes i de 66% en les dones i la d'atur de 5,7% en els homes i de 6% en les dones. A la figura 1 es presenta la situació laboral de la població de Barcelona de 16 a 64 anys segons l'ESB06.

1.1. La població ocupada

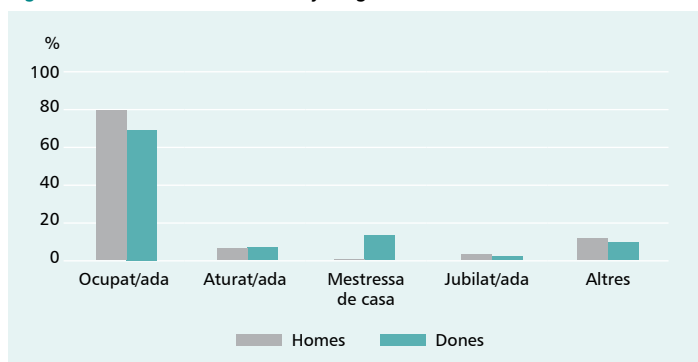
L'edat mitjana de la població ocupada és de 39,5 anys (DE = 11,3) i poc més de la meitat (53%) són homes, sense diferències d'edat amb les dones. La major part dels ocupats i ocupades treballen en el sector dels serveis, sobretot les dones que ho fan en el 88,2%. El percentatge corresponent en homes és del 69,6%.

Aproximadament la tercera part de la població ocupada treballa en les ocupacions més qualificades de les classes I-II, sense diferències de gènere. La proporció de treballadors manuals (classes IV-V) és, però, superior entre els homes (figura 2).

A la figura 3 s'observa que les dones treballen més com a professionals científiques i intel·lectuals i administratives; també hi ha una proporció més gran de treballadores de serveis i comerç i no qualificades. Els homes es distribueixen de manera més homogènia en totes les ocupacions i treballen més en ocupacions manuals (sobretot en ocupacions de la indústria, la construcció i la mineria) que les dones.

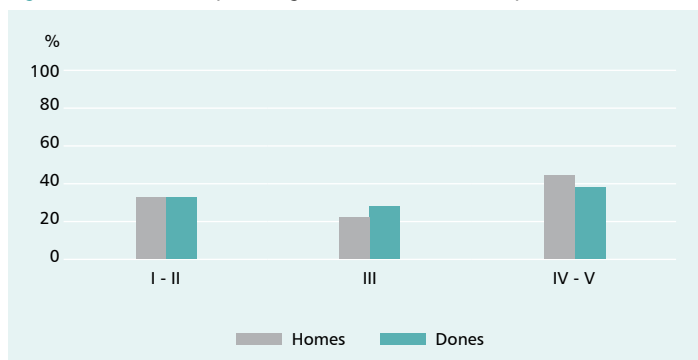
En comparació amb la resta de Catalunya, la població ocupada de Barcelona està més feminitzada (a la resta de Catalunya les dones són el 42,5% de la població ocupada mentre que a Barcelona són el 47%) i té una edat

Figura 1. Població de 16 a 64 anys segons la situació laboral i el sexe



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006.

Figura 2. Població ocupada segons la classe social ocupacional i el sexe



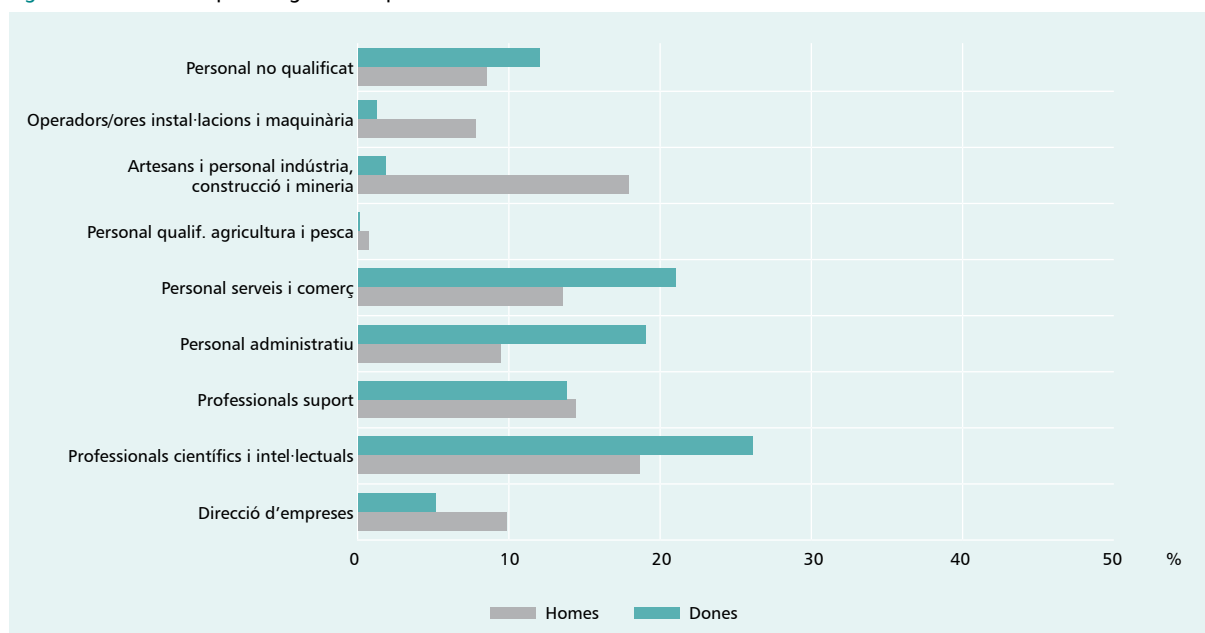
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

lleugerament superior (la proporció de més de 44 anys és del 30,9% i del 33,7% fora de Barcelona i a Barcelona, respectivament). Tot i que la majoria de la població ocupada catalana treballa en el sector de serveis, aquesta terciarització de l'activitat és molt més pronunciada a Barcelona, sobretot entre els homes. Tal com s'observa a la figura 4, el 70% dels homes barcelonins treballa en aquest sector, mentre que només ho fan la meitat dels ocupats de la resta. Finalment, a Barcelona hi ha una proporció més gran de treballadors i treballadores de classes socials no manuals (el 55,5% dels homes i el 62% de les dones de Barcelona, mentre que a la resta de Catalunya són el 40,7% i 50,8%, respectivament).

1.2. La segregació de gènere en el treball remunerat

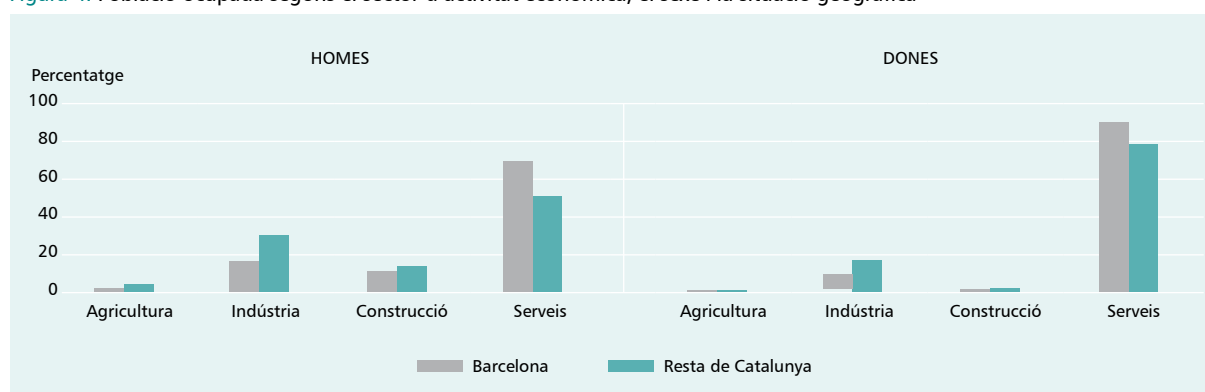
La segregació ocupacional^d com a resultat de les actituds culturals i socials respecte d'allò que constitueix el treball masculí o femení varia en

Figura 3. Població ocupada segons l'ocupació i el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 4. Població ocupada segons el sector d'activitat econòmica, el sexe i la situació geogràfica



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

extensió d'un país a un altre i segons l'ocupació. Les dones es concentren sobretot en les professions feminitzades com la sanitat, l'ensenyament i la neteja (segregació horitzontal), on paral·lelament ocupen categories més baixes que els homes (segregació vertical).¹⁶

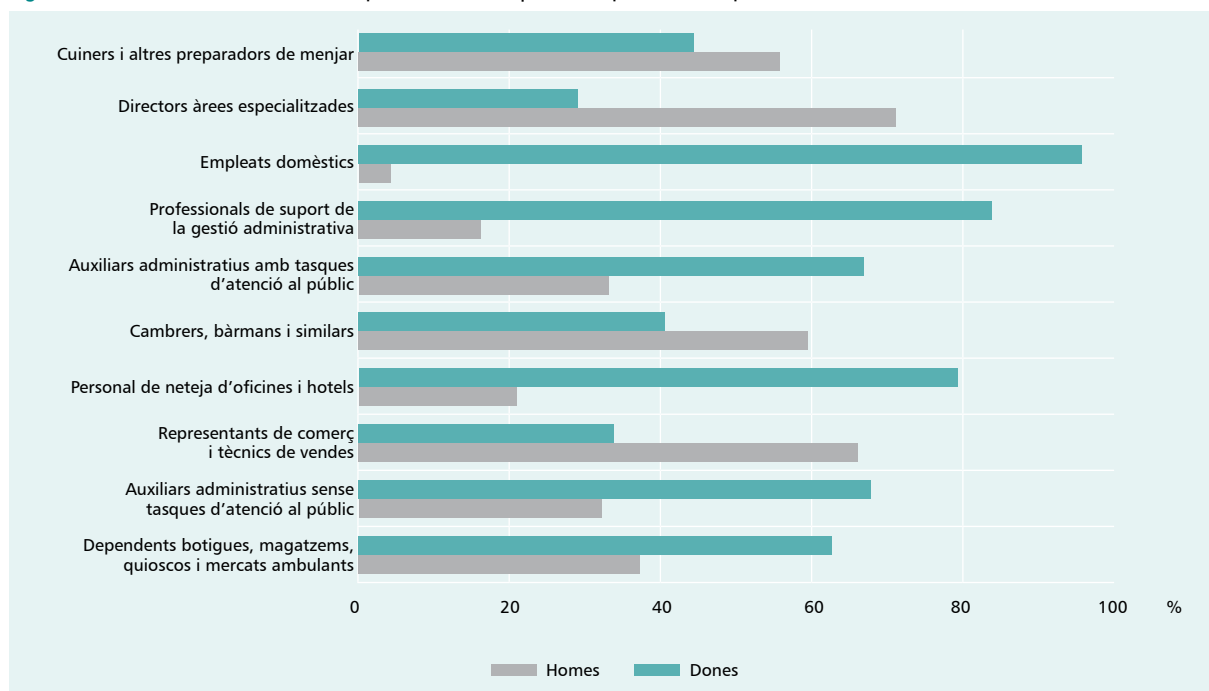
A Barcelona, la major presència de dones en el mercat de treball segueix un patró de segregació de gènere, tal com succeeix a la

resta d'Europa, que lluny de disminuir ha anat augmentant en els darrers anys, tal com es recull en un informe d'EUROSTAT que compara els països de l'Europa dels 25 entre els anys 2000 i 2005.¹⁷

La segregació horitzontal es manifesta en dos fenòmens: la presència d'homes i dones en ocupacions i sectors d'activitat molt diferents i un ventall d'ocupacions i activitats econòmiques molt més reduït per a les dones, tal com ho il·lustra el fet que el 35% de les dones es concentren en les sis ocupacions més freqüents, mentre que només ho fan el 22% dels homes.

d Per segregació ocupacional i per raons de gènere s'entén que un sexe predomina en una mesura determinada en una categoria específica que pot ser considerada com a masculina o femenina.

Figura 5. Homes i dones en les 10 ocupacions més freqüents en població ocupada



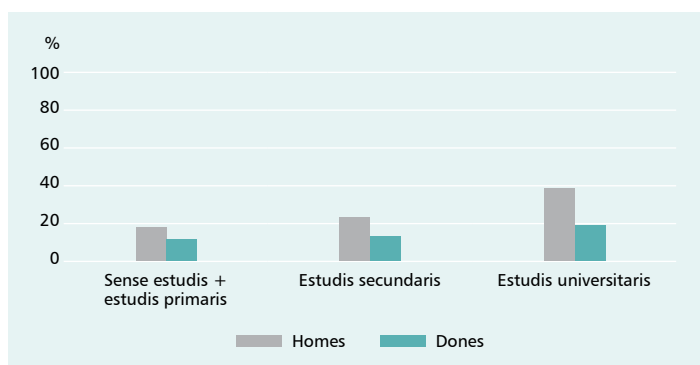
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

D'altra banda, segons l'ESB06, hi ha 51 ocupacions en què només treballen homes i 17 en què suposen més del 80%, com per exemple paletes i paredadors, mecànics i ajustadors, peons de la construcció o taxistes i conductors d'automòbils i furgonetes. Les ocupacions exclusivament femenines, en canvi, són 15, i nou les que tenen una proporció de dones superior al 80%. Alguns exemples són les empleades domèstiques, les professionals de suport de la gestió administrativa, les professores d'ensenyament primari i infantil i les infermeres. A la figura 5 s'observen les diferències entre ambdós sexes en les 10 ocupacions més freqüents de la població ocupada de Barcelona.

Un situació molt similar es dona quant a les activitats econòmiques en què treballen homes i dones. Per exemple, la construcció dona ocupació a un 88% d'homes, mentre que en les activitats de la llar que ocupen personal domèstic o en activitats diverses de serveis personals el percentatge de dones és similar.

La segregació vertical tradueix les dificultats que encara tenen les dones per accedir a càrrecs de responsabilitat. Segons l'ESB06,

Figura 6. Població ocupada amb personal al seu càrrec segons el sexe i el nivell d'estudis



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

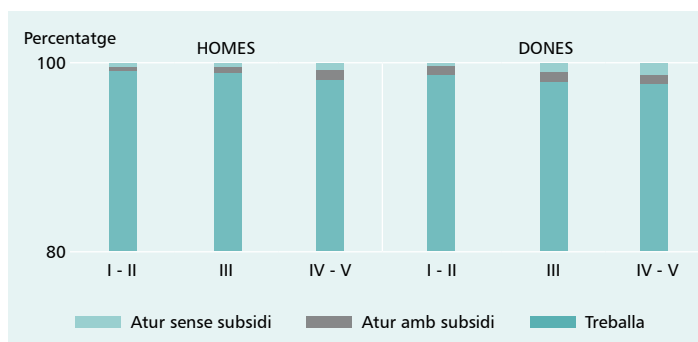
el 27% dels homes ocupats tenen personal al seu càrrec en el lloc de treball, mentre que en el cas de les dones el percentatge només és del 15%. Malgrat que actualment les dones tenen nivells d'estudis més alts que els homes, l'accés a llocs de responsabilitat no sembla estar tan relacionat amb el nivell d'estudis en les dones com en els homes. Tal com es pot observar a la figura 6, les diferències entre unes i els altres són més grans en els nivells d'estudis superiors. A banda d'altres aspectes, la segregació de gènere en el treball remunerat implica una distribució desigual de l'exposició als riscos laborals i dels efectes en la salut.

1.3. L'atur

L'atur es distribueix de forma diferent segons el sexe, el tipus d'ocupació i la classe social, a més de l'edat. El 8,9% de les dones i el 6,8% dels homes estan en atur (segons l'ESB06) i en ambdós sexes les proporcions més altes s'observen en les classes socials més desfavorides, de manera que el 8,7% dels homes de classes manuals i l'11,5% de les dones del mateix grup no tenen feina, mentre que els homes i les dones en ocupacions no manuals presenten proporcions de desocupació força inferiors (3,6% en ambdós sexes). Les diferències més importants entre homes i dones s'observen en la classe social III, en la qual el percentatge de dones en atur dobla el d'homes (10,3% i 5,4%, respectivament).

Un aspecte que de vegades queda relegat a un segon terme és l'impacte de la pèrdua o la manca de treball remunerat en la salut. L'atur s'ha associat amb diferents problemes de salut, sobretot de tipus mental,^{1,18,19} amb les dificultats econòmiques que comporta la manca de feina com una de les causes. Aquesta relació l'han posat en evidència diferents estudis que mostren l'efecte protector del pagament de prestacions econòmiques d'atur en la salut mental. Per exemple, en un estudi dut a terme a Catalunya s'observava que les persones en atur que no rebien prestació econòmica tenien una salut mental pitjor que les que sí en rebien.²⁰ A Barcelona, el 52,6% de la població aturada no cobra aquesta prestació, segons les dades de l'ESB06. Com es pot observar a la figura 7, la proporció més important de població activa que no cobra cap prestació econòmica d'atur es dona entre les dones i les

Figura 7. Població activa segons la situació laboral (treball i atur amb i sense prestacions econòmiques), el sexe i la classe social



classes socials més desfavorides. Cal destacar la major proporció de dones aturades de classes manuals que no cobren prestació d'atur.

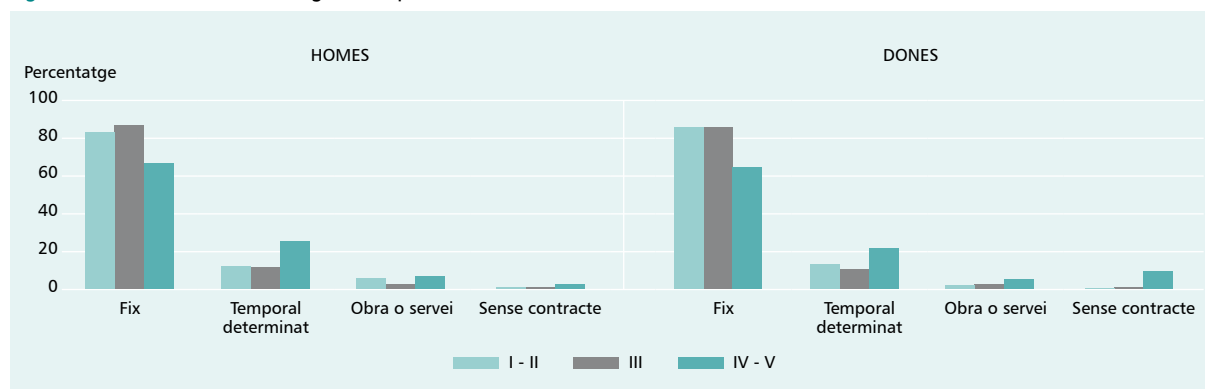
A més de les dificultats econòmiques, la desocupació comporta la pèrdua d'estatus social, autoestima, activitat física i mental i ús de la capacitat de prendre decisions.¹ Finalment, un aspecte que cal tenir en compte amb relació a l'atur i la salut són els contextos socials individuals, sobretot els determinats pels rols familiars i la classe social, que s'han definit com a moduladors de l'efecte de la pèrdua del treball remunerat en la salut mental, en un marc definit per la segregació del treball remunerat i familiar, determinat pels rols de gènere.²⁰

Les dades de l'ESB06 van ser obtingudes en un moment de baixa taxa d'atur, però cal tenir en compte el canvi de tendència a l'augment, produït recentment, que afecta sobretot les ocupacions menys qualificades i les previsions de creixement lligades a l'actual crisi econòmica.

1.4. La inestabilitat laboral

La inestabilitat en el lloc de treball es pot tractar com una condició de treball i també com un factor de risc psicosocial tal com l'incorpora

Figura 8. Població assalariada segons el tipus de contracte, el sexe i la classe social



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

un dels dos models d'estrès laboral més reconeguts.^{21,22} Sigui com sigui, és un factor d'incertesa relacionat en gran part amb la globalització de l'economia i amb algunes mesures adreçades a incentivar la contractació laboral. De la mateixa manera que l'atur, sovint es tenen poc en compte els efectes que pot tenir en la salut, que s'han estudiat sobretot en l'àmbit de la salut mental, i que afecten principalment els treballadors i treballadores amb més dificultats per trobar una feina quan acaba un contracte.²³

Segons l'ESB06 tres quartes parts de la població assalariada té un contracte fix (de funcionari o indefinit) amb proporcions molt similars en els dos sexes. Les formes de contractació més inestables es distribueixen de forma diferent, amb una major proporció d'homes amb un contracte temporal d'obra o servei (5,4% dels assalariats i 3,6% de les assalariades) i de dones que treballen sense contracte (4,1% i 1,9%, de les dones i dels homes, respectivament).

Les classes socials manuals tenen una proporció menor de contractes fixos (64,5% les classes IV-V, 85,8% la classe III i 82,8% les classes I-II) i una proporció més baixa de les formes més inestables de contractació (el 6,1% tenen contractes temporals d'obra o servei i el 5,8% treballen sense contracte). A la figura 8 s'observen les diferents formes de contractació segons el sexe i la classe social i hi destaquen el 6,6% dels homes de classes IV-V amb contractes temporals d'obra o servei i el 9,5% de les dones del mateix grup que treballen sense contracte. Aquests dos tipus de relació laboral de major incertesa s'han associat amb un pitjor estat de salut mental.²³

L'edat és un factor estretament relacionat amb l'estabilitat del lloc de treball, de manera que en augmentar aquesta s'incrementa l'estabilitat laboral. La major inestabilitat es dona en els homes més joves (només un 29,4% dels homes de 16 a 24 anys tenen un contracte fix, en comparació amb les dones de la mateixa edat, un 43,7%). Els contractes temporals d'obra o servei són més freqüents en homes joves i d'edats intermèdies (7,1% en el grup de 16 a 24 anys i 6,6% en el de 25 a 44, mentre que entre els més grans d'aquesta edat només són un 2,3%). Treballar sense contracte és més freqüent entre els joves d'ambdós sexes, però si entre els homes la proporció disminueix en augmentar l'edat, entre les dones, les més jo-

ves (16 a 24 anys) són les que amb més freqüència treballen sense contracte (7,1%) seguides de les més grans (4,6% de les de 45 a 64 anys).

A més de la relació amb la salut mental, la inestabilitat en el lloc de treball s'ha relacionat amb la salut social, entesa com la dificultat en la transició a la vida adulta, sobretot entre els homes, cosa que s'explicaria per la pervivència de models socials que consideren l'home com a sustentador principal de la llar. Així, els principals resultats d'un estudi dut a terme a Catalunya mostraven que la proporció d'homes que tenien fills era més baixa entre els que treballaven amb contractes temporals d'obra o servei, independentment de l'edat i de la classe social. A més, els homes en ocupacions no manuals amb aquest tipus de contractes era més freqüent que no es casessin ni visquessin en parella (també en comparació amb els contractats fixos amb el mateix tipus d'ocupació i edat).²³

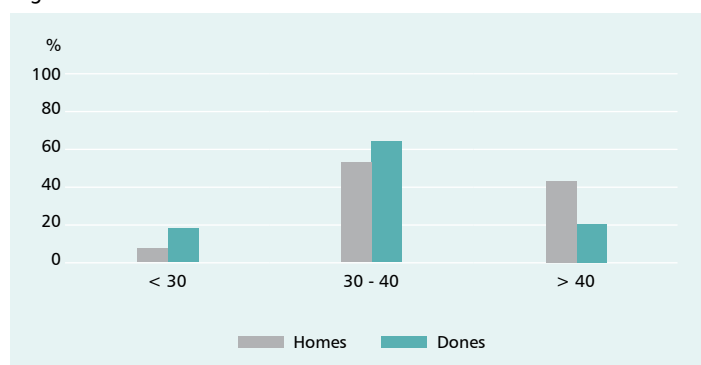
És previsible que si s'inicia un cicle econòmic amb taxes d'atur més elevades, les dificultats per trobar una nova feina s'intensifiquin, la incertesa afecti més persones i l'impacte en la salut sigui més gran.

1.5. Els horaris laborals

1.5.1. Les hores de treball

La durada de la jornada laboral s'associa sobretot al sexe i són els homes els que més jornades llargues fan i les dones les que més treballen a temps parcial (figura 9). Treballar per compte propi o d'altri està relacionat amb les jornades llargues i la classe social només té rellevància respecte les treballadores de classes manuals, que són les que menys jornades de durada estàndard fan (poc més de la meitat treballa de 30 a 40 hores setmanals).

Figura 9. Hores setmanals de treball remunerat en població ocupada segons el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Les jornades de treball llargues

Diversos estudis han trobat que les jornades de treball llargues s'associen a un ampli ventall de problemes de salut com ara hipertensió, trastorns cardiovasculars, reducció de la tolerància a la glucosa, problemes musculoesquelètics, estrès, accidents laborals, depressió o fatiga^{24,25} i que poden incrementar el risc de patir sobrepès, fumar

i consumir alcohol.^{26,27} A més, s'ha vist que les jornades de treball llargues s'associen amb un increment del conflicte feina-família.²⁸ En un estudi dut a terme recentment a Catalunya s'assenyalava que en els dos sexes les jornades laborals llargues s'associaven amb dormir menys de sis hores al dia, mentre que entre les dones també s'associaven a insatisfacció laboral, símptomes d'ansietat-depressió, probabilitat de fumar més alta, hipertensió i no fer exercici en el temps de lleure.²⁹

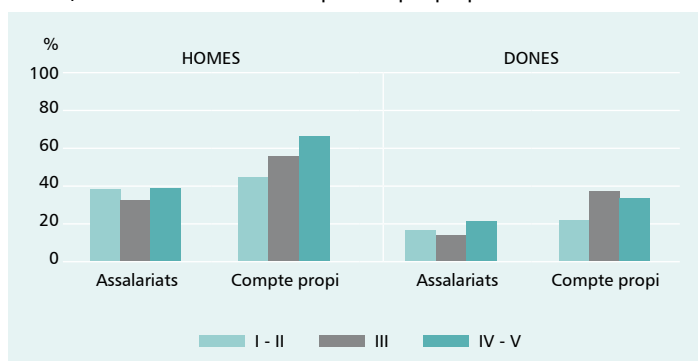
L'evidència científica més sòlida es refereix a les jornades de treball llargues, especialment en combinació amb altres aspectes adversos com les jornades irregulars, el baix control sobre el treball o les demandes intenses.^{30,31,32,33} Treballar més de 50 hores setmanals té efectes perjudicials per la salut i el benestar i alguns estudis indiquen un efecte igualment negatiu de les jornades inferiors.²⁹ S'ha assenyalat com un dels factors que cal tenir en compte en l'anàlisi de l'impacte de les jornades de treball llargues sobre la salut el fet de que siguin obligades, bé per pressió empresarial bé per necessitats econòmiques que obliguen la persona a treballar més hores per incrementar els seus ingressos.^{29,34,35}

Segons l'ESB06, el 41,4% dels homes ocupats treballen més de 40 hores setmanals (l'11,3% més de 50 hores), mentre que la proporció de dones és del 20,2%. El personal que treballa per compte propi (persones autònomes, professionals i empresàries) fan més jornades llargues que les que treballen per compte d'altri, sobretot els homes (42,1% dels primers i 25,6% dels segons fan jornades de més de 40 hores setmanals, mentre que les dones són el 18,9% i el 10,6%, respectivament).

La classe social està associada a la durada de la jornada laboral entre les dones assalariades i entre els homes que treballen per compte propi; entre aquests últims cal destacar que més de dues terceres parts dels de classes manuals treballen més de 40 hores setmanals (figura 10).

Entre els homes assalariats, els directius són els que fan jornades llargues en una proporció més gran (55,8%), amb un paper també destacat dels treballadors de serveis i co-

Figura 10. Població ocupada amb jornades de treball llargues segons el sexe, la classe social i el treball per compte propi o aliè



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

merç (45,7%), seguits en freqüència pels operadors d'instal·lacions i maquinària i els treballadors qualificats de la indústria i la construcció (més del 40% fan horaris de més de 40 hores setmanals). Entre les dones destaca el 26% de treballadores de serveis i comerç que fan aquest horari (figura 11).

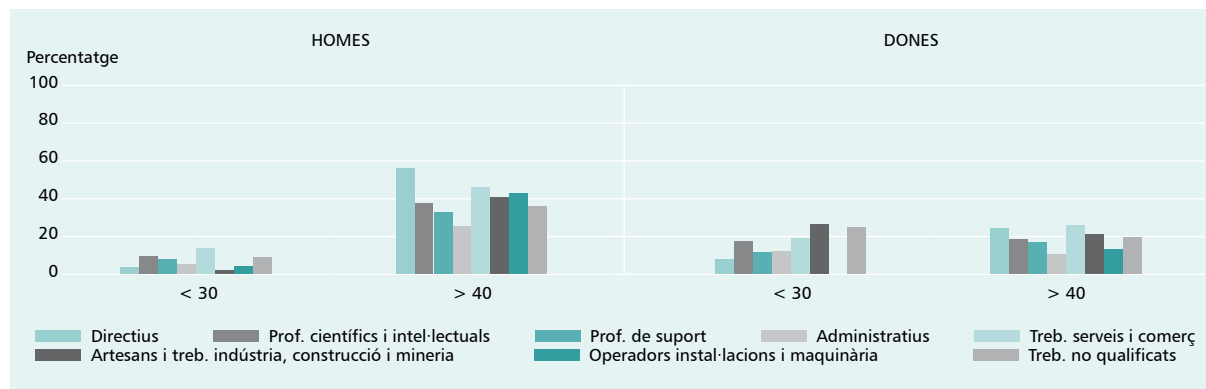
S'ha suggerit que les jornades laborals llargues poden tenir un significat diferent segons la classe social, de manera que per a les persones de classes més benestants treballar més hores s'associaria a més oportunitats professionals, mentre que en situacions menys avantatjoses, les dificultats econòmiques i la por a perdre la feina condicionarien l'allargament de la jornada laboral, cosa que explicaria perquè treballar més de 40 hores no s'associa amb mal estat de salut en el primer cas i sí en el segon.²⁹

El treball a temps parcial

Així com les jornades llargues són predominantment masculines, el treball a temps parcial és sobretot femení i el fan el 17,5% de les ocupades i el 7% dels ocupats. Els motius d'acomplir una jornada a temps parcial poden ser, a més de facilitar la conciliació de la vida laboral i familiar, un pitjor estat de salut i també la demanda de llocs de treball específicament amb aquesta dedicació. En molts casos, però, les condicions de treball són més dolentes. A Europa, el treball a temps parcial es concentra en un petit nombre d'ocupacions que en bona part són poc qualificades, mal pagades, monòtones i amb poques oportunitats de promoció.³⁶ Estudis portats a terme als Estats Units mostren que les persones que treballen a temps parcial solen guanyar menys per hora, fins i tot després de tenir en compte el nivell d'estudis, l'experiència i altres factors rellevants.³⁷ A més, freqüentment, el treball a temps parcial s'associa amb inestabilitat laboral.³⁶

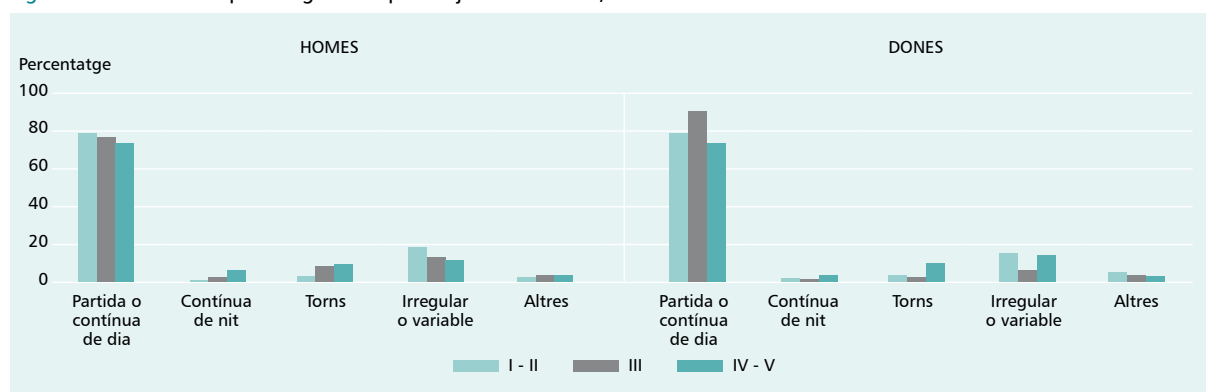
Les diferències per classe social no són significatives entre els homes i entre les dones són de poca magnitud. Quant a l'ocupació, les treballadores no qualificades i les qualificades de la indústria i construcció són les que més treballen a temps parcial, mentre que entre els homes destaquen els treballadors de serveis i comerç (figura 11).

Figura 11. Població assalariada amb jornades de treball llargues i treball a temps parcial segons el sexe i l'ocupació



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 12. Població ocupada segons el tipus de jornada laboral, el sexe i la classe social



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

1.5.2. Les jornades laborals

A més del nombre d'hores dedicades al treball remunerat, la distribució d'aquestes al llarg del dia determina en bona mesura l'organització de la resta de la jornada. Les jornades de treball en horaris no estàndard poden dificultar la vida social i familiar de la població ocupada. A més, alguns tipus de jornada com el treball nocturn o el treball per torns s'han associat a un ampli ventall de trastorns de salut com ara problemes de son,³⁸ accidents,³⁹ alteracions gastrointestinals, problemes cardiovasculars, problemes neuropsiquiàtrics com fatiga crònica, ansietat o depressió, diabetis o problemes de l'embaràs.^{40,41,42,43}

Una quarta part de la població ocupada de Barcelona fa una jornada no estàndard^e i la més freqüent és la jornada irregular o variable segons els dies (12,6%), seguida del treball per torns (5,8%).

Jornades irregulars o variables

La jornada irregular o variable s'associa sobretot al treball per compte propi o d'altri i la fan el 29,2% de les persones que treballen pel seu compte i el 9,1% de les assalariades. Hi ha poques diferències entre sexes, que només són significatives entre el personal assalariat (9,9% dels homes i 8,3% de les dones que treballen per compte d'altri).

Les jornades irregulars són més freqüents en les classes socials més benestants entre els homes (17,7% de les classes I-II i 10,9% de les classes IV-V). Si se separa l'anàlisi entre les persones que treballen per compte d'altri i les que ho fan per compte propi, destaquen les dones autònomes de classes manuals per l'elevat percentatge de jornades irregulars que fan (39,6%), seguides del mateix grup de les classes I-II (figura 13).

^e Es consideren jornades estàndard les que es fan durant el dia i inclouen la jornada partida, contínua durant el matí i contínua durant la tarda.

Entre la població assalariada, els professionals científics i intel·lectuals i els treballadors de serveis i comerç, entre els homes, són les ocupacions amb un percentatge més alt de jornades irregulars (el 15,3% i el 12,6%, respectivament); entre les dones són les treballadores no qualificades (14,1%) i les de serveis i comerç (11,2%) les que més fan aquest tipus de jornada.

El treball per torns

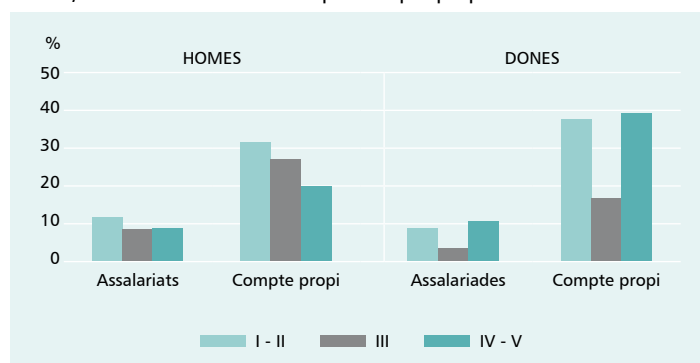
Un 5,8% de la població ocupada treballa per torns, amb poques diferències entre homes i dones (6,6% i 5,1%, respectivament) i amb major freqüència en les classes socials menys benestants: la proporció de treball per torns en les classes I-II és del 3%, del 4,9% en la III i del 8,8% en les IV-V. Així com en les persones de classe III el treball per torns és més freqüent entre els homes que entre les dones (7,9% i 2,2%, respectivament), tant en les classes I-II com IV-V les proporcions de dones que treballen per torns són lleugerament superiors a les d'homes. Cal destacar que el 9% de dones de classe social IV-V treballen per torns.

L'ocupació amb una proporció més elevada de persones que fan treball per torns és el personal operari d'instal·lacions i maquinària amb un percentatge del 15,4% (14,3% dels homes i 23,5% de les dones, tot i que s'ha de tenir en compte que només un 1,2% de les dones treballa en aquesta ocupació). Entre els homes també és rellevant la proporció de treballadors no qualificats (9,6%), de treballadors qualificats de la indústria i la construcció (8,6%) i de treballadors de serveis i comerç (7,9%). Entre les dones destaquen les treballadores de serveis i comerç (9%) i les no qualificades (6,5%).

El treball de nit

Les jornades contínues de nit són les menys freqüents entre la població ocupada. Les realitzen el 3,3% dels homes i el 2,1% de les dones. Són més habituals en classes manuals (1,3% en les classes I-II, 1,7% en la III i 4,3% en les IV-V), sobretot entre els homes manuals, el 5,9% dels quals fan aquest tipus de jornada. Cal destacar l'elevada proporció (9,6%) d'homes enquadrats en el grup d'ocupacions no qualificades que fan la jornada laboral de nit, com també la de treballadors i treballadores de serveis i comerç amb proporcions de treball nocturn del 5,6% i 4,3%, respectivament.

Figura 13. Població ocupada amb jornades irregulars o variables segons el sexe, la classe social i el treball per compte propi o aliè



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

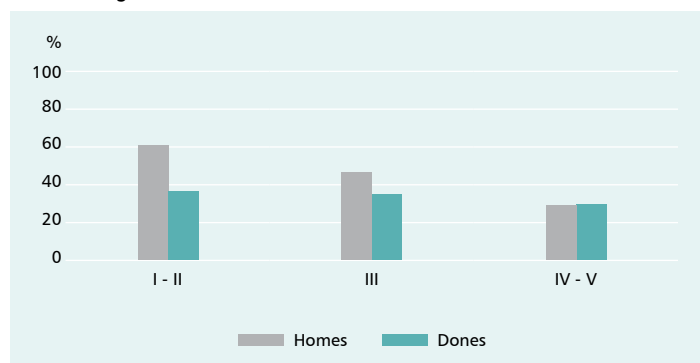
1.5.3. La flexibilitat horària

Una de les mesures que s'han proposat per adaptar els usos del temps a les necessitats de la població ocupada és la flexibilització de la jornada laboral. En l'ESB06 s'ha inclòs una pregunta sobre flexibilitat horària dintre de la jornada habitual, a la qual ha respost positivament el 44,6% de la població ocupada, amb una proporció molt diferent entre les persones que treballen per compte propi o d'altri (en el primer cas en són el 80% i en el segon el 38%).

Els homes assalariats tenen més flexibilitat horària que les dones, mentre que no hi ha diferències pel que fa a sexes entre les persones que treballen per compte propi. Entre els homes assalariats, la flexibilitat horària s'associa a la classe social (la proporció dels de classes I-II dobra la dels de classes IV-V) i, com s'observa a la figura 14, la diferència entre homes i dones s'aprecia sobretot en les classes no manuals.

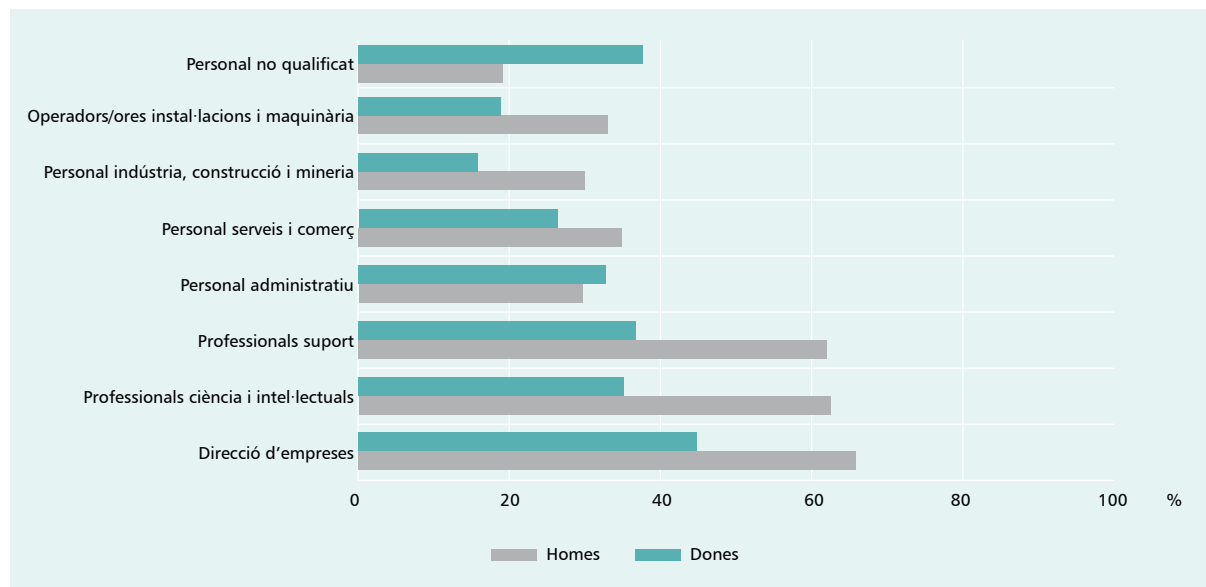
Les diferències en flexibilitat horària entre ocupacions estan molt determinades pel fet de treballar de cara al públic o en plantes de producció, però tot i així hi ha diferències marcades entre homes i dones en una mateixa ocupació tal com s'observa a la figura 15. Entre els homes, els que menys flexibilitat tenen són els treballadors no qua-

Figura 14. Població assalariada amb flexibilitat horària en la jornada habitual segons el sexe i la classe social



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 15. Població assalariada amb flexibilitat horària en la jornada habitual segons el sexe i l'ocupació



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

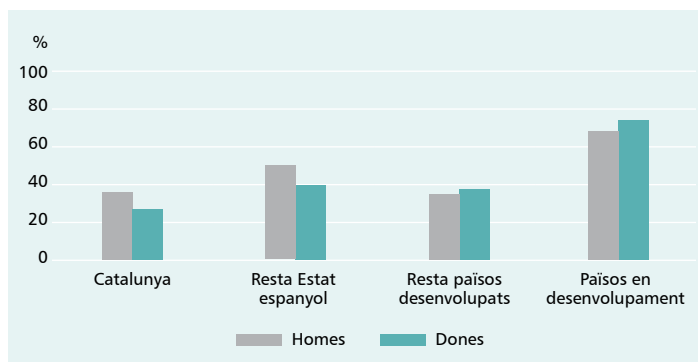
lificats (dels quals només un 19% té horari flexible), els administratius i els treballadors qualificats de la indústria i la construcció; entre les dones destaquen les treballadores d'aquesta mateixa ocupació (15,8% amb horari flexible), les operàries d'instal·lacions i maquinària i les treballadores de serveis i comerç.

1.6. El país d'origen

Aproximadament les dues terceres parts de la població ocupada de Barcelona ha nascut a Catalunya. El següent col·lectiu més nombrós és el constituït per les persones procedents de països en desenvolupament (18,1%). Entre la població ocupada d'aquesta procedència, el 68,8% dels homes i el 74,8% de les dones treballen en ocupacions manuals (classes socials IV-V). La situació és totalment diferent entre les persones procedents de països desenvolupats, on la proporció de treballadors manuals és similar a la de Catalunya en el cas dels homes i lleugerament superior en el cas de les dones (figura 16).

No hi ha gaire diferència entre el sector econòmic on treballen les dones pel que fa al país de naixement. Entre els homes hi ha més diferències, sobretot entre els

Figura 16. Població ocupada de classe manual segons el sexe i el país de naixement



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

de classes manuals, tal com evidencia el fet que una proporció significativa dels nascuts en països en desenvolupament es concentren en la construcció (el 31,4% dels homes manuals són d'aquesta procedència, mentre que els nascuts fora de Catalunya són el 20,5% i els de Catalunya i la resta de països desenvolupats el 13,6% en ambdós casos).

Les dones de països en desenvolupament es concentren en quatre ocupacions en les quals treballa la meitat del col·lectiu: empleades domèstiques (19,4%), personal de neteja d'oficines i hotels (11,7%), dependents (11,0%) i cambreres (8,0%). El cinquè lloc l'ocupa el treball de cura de les persones, llevat de les auxiliars d'infermeria (5,7%). En les dones d'altres procedències i els homes de totes les analitzades no s'observa una concentració tan accentuada.

Figura 17. Homes assalariats segons el tipus de contracte, la classe social i el país de naixement

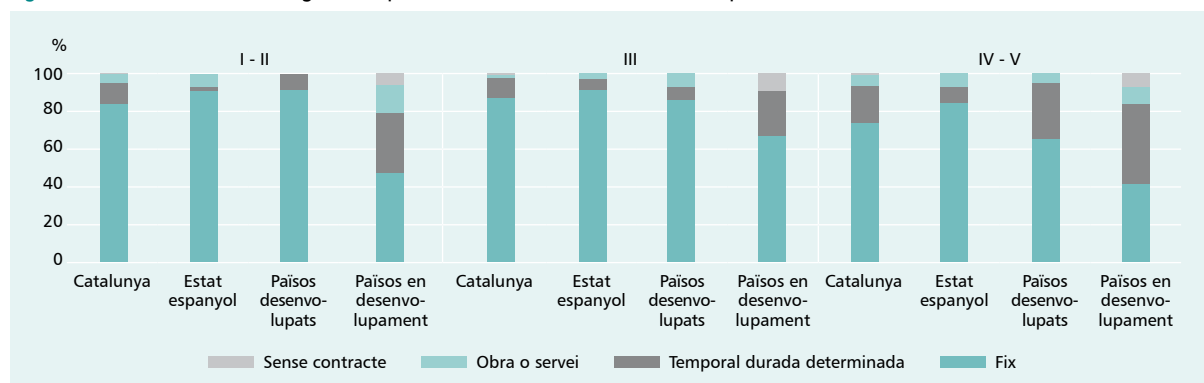
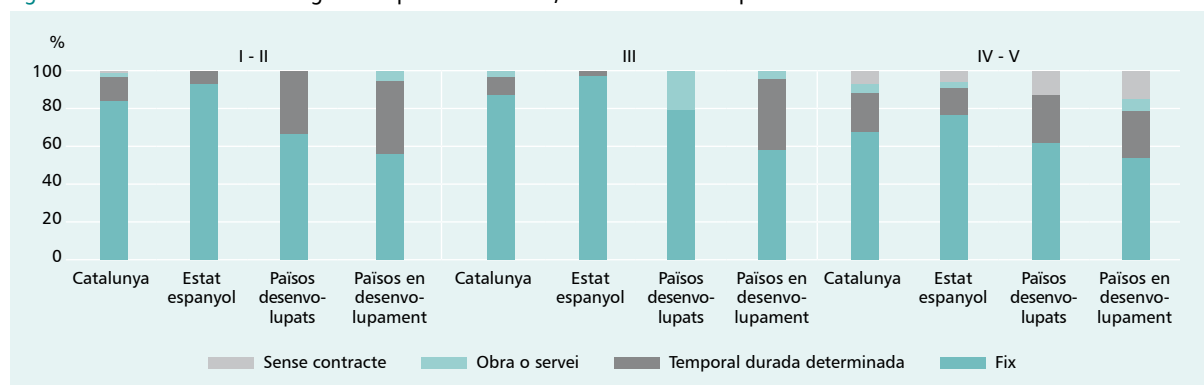


Figura 18. Dones assalariades segons el tipus de contracte, la classe social i el país de naixement



En un informe recent sobre immigració i salut a Barcelona⁴⁴ en el qual s'estudien diferents aspectes relacionats amb la salut i el país d'origen (comparant les persones nascudes a Catalunya, a la resta de l'Estat espanyol, a la resta de països desenvolupats i als països en desenvolupament) es posa de manifest que les condicions de treball estan lligades fonamentalment a la classe social en ambdós sexes, independentment del país d'origen, tot i que en alguns aspectes són pitjors en el cas de les persones nascudes en països en desenvolupament. Per exemple, entre el personal assalariat la situació contractual és més desavantajosa en les persones procedents d'aquests països. Si entre els homes de classes I-II de països en desenvolupament, el 47,1% té un contracte fix, en la resta d'homes de la mateixa classe social les proporcions superen el 80% (figura 17). Entre les dones (figura 18) destaca l'elevada proporció de les de classes manuals nascudes en països en desenvolupament que treballen sense contracte (14,6%).

D'altra banda, el salari de les persones de països en desenvolupament és més baix que el de les autòctones, sobretot entre les dones. Mentre que el 32,2% dels homes procedents d'aquests països guanya menys de 900 euros al mes, la proporció corresponent entre els nascuts a Catalunya és del 15,9%. Els percentatges respectius entre les dones són del 65% i el 27,2%.

Finalment, l'informe destaca l'elevat percentatge d'homes de classes manuals procedents de països en desenvolupament que afirmen tenir una feina poc variada i manca d'autonomia sovint o molt sovint en la seva feina; i que entre les treballadores manuals nascudes en altres comunitats autònomes i les de països en desenvolupament, més del 40% afirma treballar sola (probablement a causa de l'alta proporció de dones d'aquest col·lectiu ocupades en els sectors del servei domèstic i de la neteja).

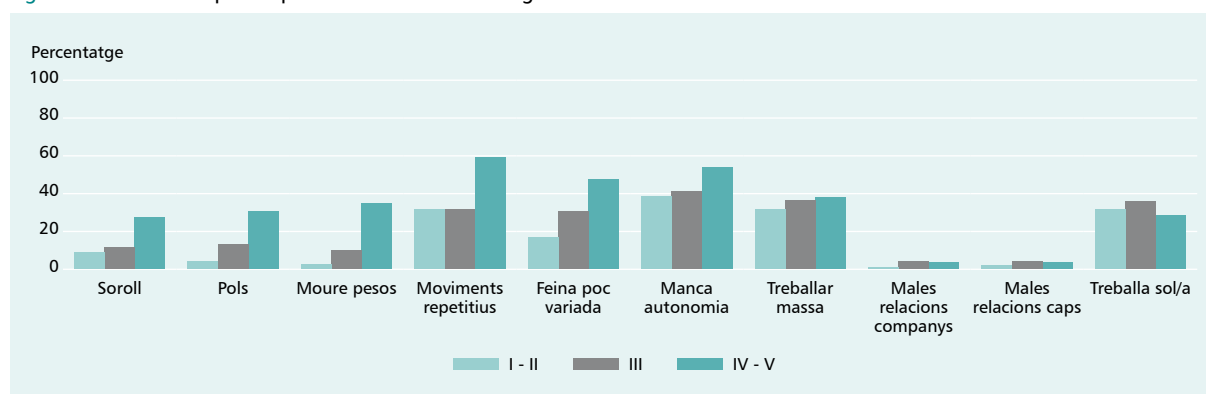
2. Els riscos laborals^f

Segons l'ESB06, els factors de risc de naturalesa psicosocial són els més presents en la població ocupada de Barcelona, juntament amb els moviments repetitius. Les proporcions de persones exposades oscil·len entre la tercera part de la població que fa una feina monòtona, una proporció similar que té molt volum de feina i prop de la meitat (47,3% de les dones i 45,3% dels homes) que té poca autonomia per fer la seva feina, una proporció similar a la realització de moviments repetitius, el segon factor més freqüent. Els homes estan més exposats a la mobilització

de pesos (ho fan el 18,4% i el 8,6% de les dones) i a la pols (17,9% i 12,6%, respectivament), i les dones una mica més a l'execució de moviments repetitius (46,8% de les dones i 43,2% dels homes).

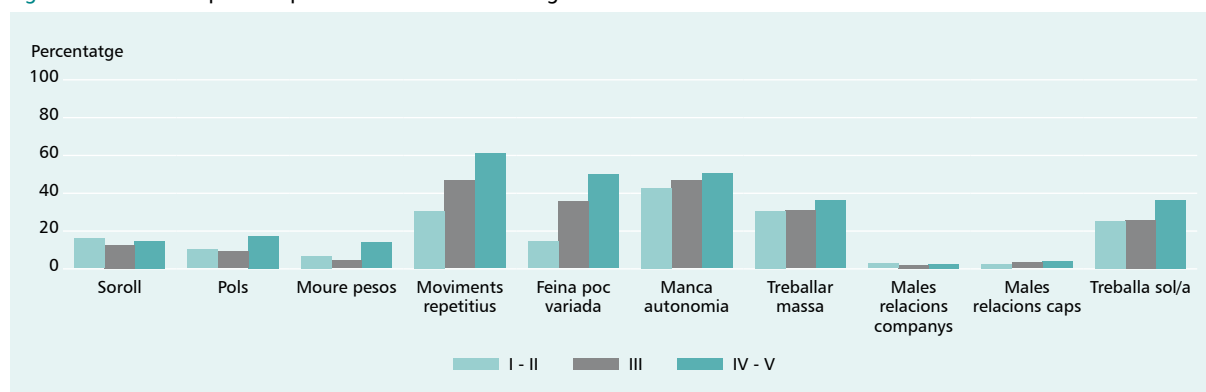
Els treballadors i les treballadores de classes manuals són els que tenen més exposició als riscos considerats en l'ESB06, tal com s'observa a la figura 19 i a la figura 20. Les diferències de classe més importants apareixen en l'exposició a riscos físics entre els homes: soroll, pols i mobilització de càrregues (en aquest darrer cas, la proporció d'homes manuals que hi estan exposats és sis vegades superior a la dels no manuals). També les classes socials manuals estan més exposades a moviments repetitius (el risc laboral més freqüent en aquest grup en ambdós sexes, al voltant del 60%), la monotonia de la feina (a la qual al voltant de

Figura 19. Homes ocupats exposats a riscos laborals segons la classe social



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

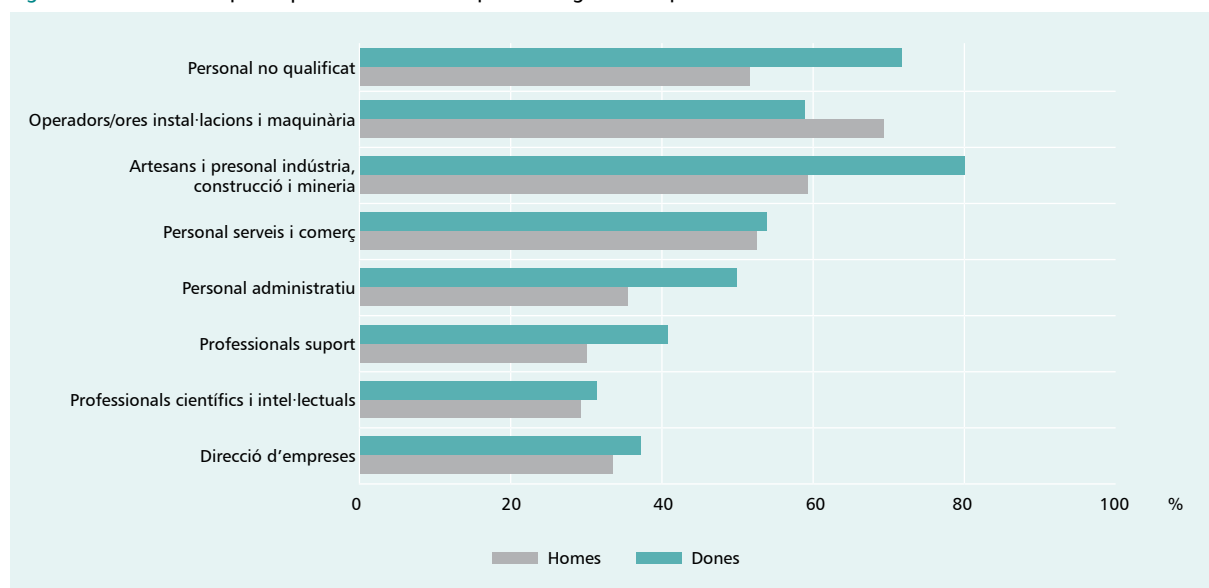
Figura 20. Dones ocupades exposades a riscos laborals segons la classe social



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

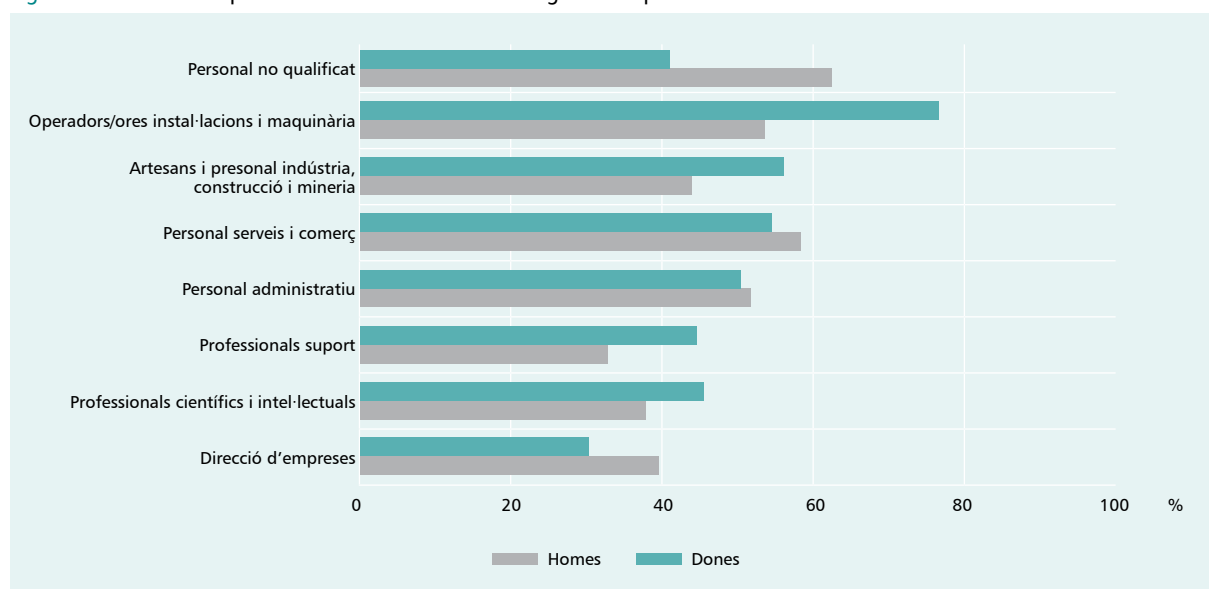
^f Tant en el text com en les figures d'aquest apartat, quan es parla d'exposició a riscos es refereix a les categories sovint i sempre. Vegeu l'apartat de mètodes per a més detalls sobre el tractament d'aquestes variables de l'ESB06.

Figura 21. Població ocupada que fa moviments repetitius segons l'ocupació i el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 22. Població ocupada amb manca d'autonomia segons l'ocupació i el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

la meitat de la població manual hi està exposada) i la manca d'autonomia sobretot en els homes (entre les dones la freqüència de l'exposició no és gaire diferent entre classes manuals i no manuals, al voltant del 50%).⁹

L'ocupació és un determinant central de l'exposició als riscos laborals. En observar-la amb més detall, hi destaca la diferència entre homes i dones d'una mateixa ocupació, cosa que reflecteix la segregació de gènere comentada a l'apartat 1.2. Així, els moviments repetitius (figura 21) són més freqüents entre les treballadores qualificades de

g Les diferències de classe no són estadísticament significatives entre els homes amb relació a les males relacions amb els caps ni entre les dones amb relació al soroll, manca d'autonomia, treballar massa, males relacions amb els companys i males relacions amb els caps.

la indústria (el 80% referien moviments repetitius) i les treballadores no qualificades (71,5%), mentre que els homes operadors d'instal·lacions i maquinària són els més exposats a aquests riscos (69,4%). També és interessant destacar l'elevada repetitivitat de moviments entre treballadors i treballadores de serveis i comerç i les administratives.

En el mateix sentit (tal com s'observa a la figura 22), la manca d'autonomia, un dels factors de risc més prevalents, és força més freqüent entre les dones operadores d'instal·lacions i maquinària (el 76,5%) i els homes no qualificats (62,2%). També és interessant destacar l'elevada proporció entre el personal de serveis i comerç.

Altres exposicions que cal destacar són la feina poc variada entre les dones en ocupacions no qualificades (70,1%), entre les ocupacions no manuals i entre el personal administratiu d'ambdós sexes (44,9% dels homes i 39,3% de les dones). Finalment, tot i que amb freqüències molt inferiors, crida l'atenció que un 16% de les treballadores qualificades de la indústria, la construcció i la mineria^h refereixen males relacions amb els companys i caps, mentre que en els altres grups no superen el 3%, excepte les males relacions amb els caps en les treballadores de serveis i comerç, que és del 5,1% (entre els homes les diferències no són estadísticament significatives). Aquest resultat és consistent amb el fet documentat per l'OIT en el sentit que les dones que trien ocupacions tradicionalment masculinitzades afronten sovint riscos com l'aïllament, un accés limitat a models de comportament femenins i assetjament sexual.

^h Els resultats referits a aquest col·lectiu han d'interpretar-se amb cautela pel petit nombre d'efectius.

3. L'estat de salut

3.1. Lesions per accident de treball

L'any 2007 s'han produït a Barcelona 42.609 LAT amb baixa, 448 de les quals van ser greus i 29 mortals. Dues tercers parts dels accidentats han estat homes, que també han patit les lesions més greus (el 79,5% de les greus i el 93,1% de les mortals, només dues de les quals han afectat dones).ⁱ

Tres quartes parts s'han produït en persones de classes socials manuals; entre els homes, sobretot en treballadors qualificats de la indústria i de la construcció (30,5% de totes les LAT ocorregudes en homes), i en treballadors no qualificats (25,1%). Entre les do-

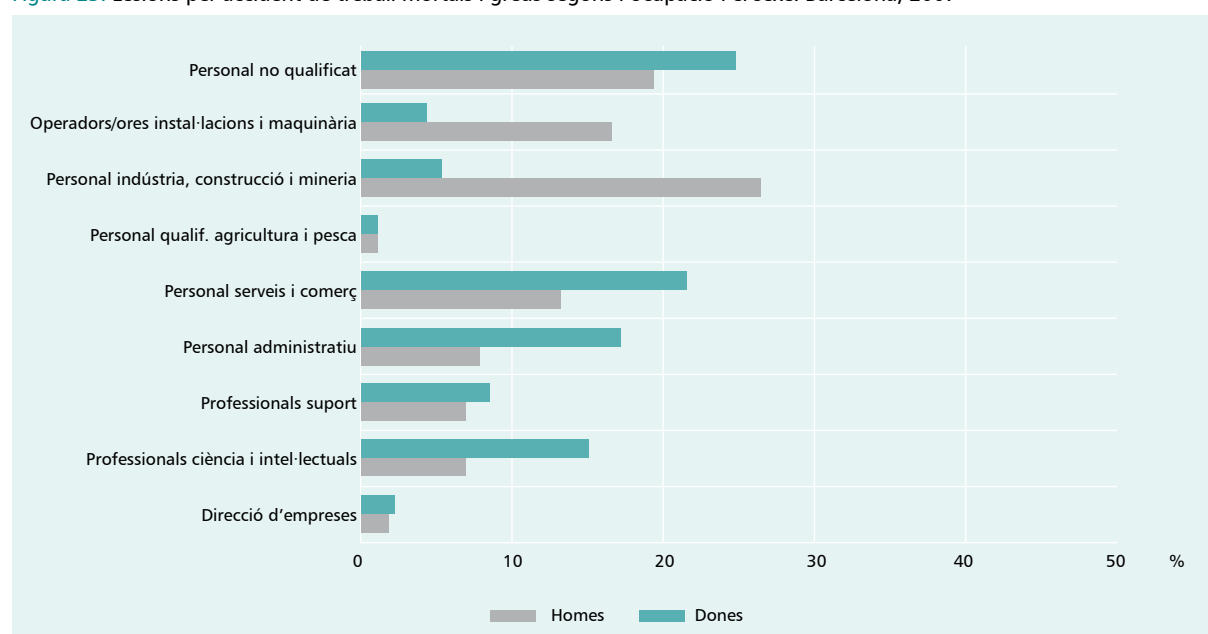
nes, en treballadores de serveis i comerç (34% de les LAT ocorregudes en dones) i en no qualificades (27,3%).

A continuació s'analitzen les LAT greus i mortals, el 80% de les quals han afectat homes i s'han produït amb més freqüència entre les classes socials manuals (67,8% de les ocorregudes en homes i 54,8% en dones).

Entre els homes, el personal qualificat de la indústria i construcció presenta la proporció més elevada d'aquestes LAT (26,4%), seguit pel d'ocupacions no qualificades (19,4%), mentre que en les dones el major percentatge s'ha donat en les no qualificades (24,7%) seguides de les treballadores de serveis i comerç (21,5% de les LAT greus i mortals ocorregudes en dones) (figura 23).

Una tercera part d'aquestes LAT s'han produït *in itinere*, és a dir, en el trajecte del domicili al lloc de treball, i poc més de la meitat han estat

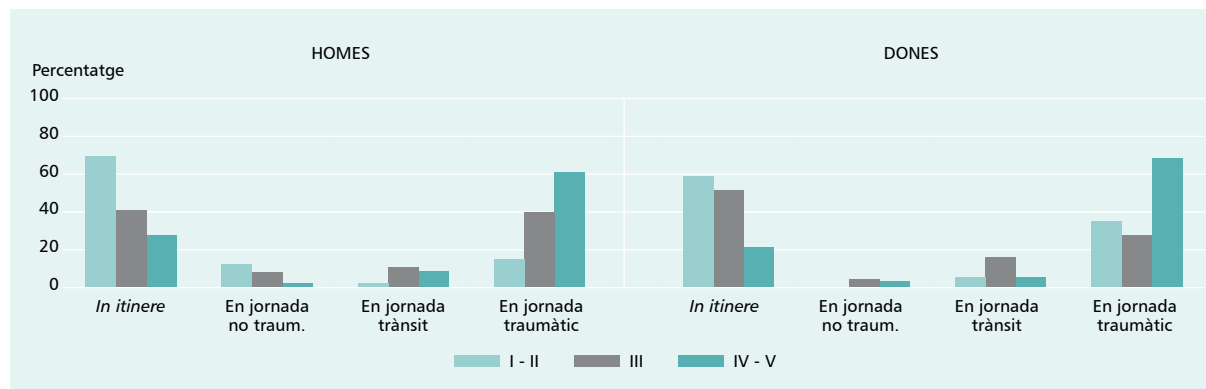
Figura 23. Lesions per accident de treball mortals i greus segons l'ocupació i el sexe. Barcelona, 2007



Font: Registre d'accidents de treball del Departament de Treball. Generalitat de Catalunya. Elaboració pròpia.

ⁱ En aquest apartat es presenten les dades de LAT en nombre, freqüència relativa al total de casos i taxa d'incidència. Cal tenir en compte que les freqüències s'han calculat amb relació als casos de LAT; per exemple, quan es comenta que el 65,3% de les LAT amb baixa de 2007 s'han produït en les classes socials IV-V i l'11,9% en les classes I-II, es refereix als percentatges respecte de totes les LAT, no que entre totes les persones ocupades de classes IV-V s'hagin accidentat un 65,3% i que de totes les de classes I-II se'n hagin accidentat un 11,9%. Aquesta darrera interpretació només es pot fer en el cas de les taxes d'incidència, que sí tenen en compte el nombre total de persones, tant les que han patit alguna LAT com les que no. Les taxes d'incidència només s'han calculat per al total de LAT i segons la gravetat perquè no es disposa de les dades de població afiliada a la Seguretat Social desagregada per altres variables com el sexe o l'ocupació. En l'apartat de mètodes es comenten amb més detall les limitacions de l'anàlisi de les LAT.

Figura 24. Lesions per accident de treball mortals i greus segons el sexe, la classe social i el tipus d'accident. Barcelona, 2007



Font: Registre d'accidents de treball del Departament de Treball. Generalitat de Catalunya. Elaboració pròpia.

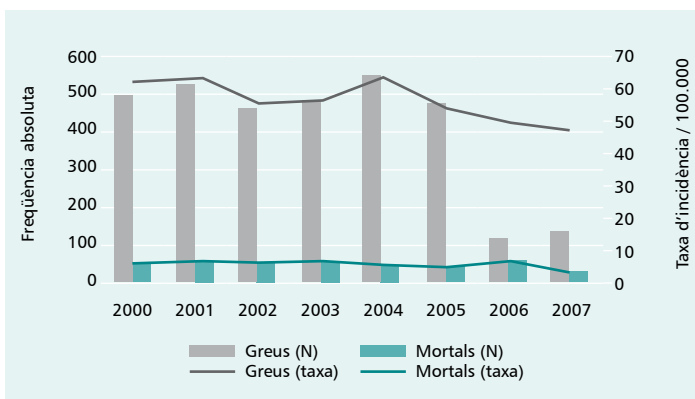
de causa traumàtica durant la jornada laboral, mentre que també durant la jornada han ocorregut un 8,6% de les LAT de trànsit i un 4,6% han estat de causa no traumàtica (infarts i altra patologia relacionada).

En ambdós sexes, les lesions per accident traumàtic en jornada laboral, és a dir, les més estretament associades amb les condicions de treball, han estat més freqüents entre els treballadors i treballadores manuals. En canvi, les ocorregudes *in itinere* han tingut més pes entre les classes més benestants (figura 24).

De la mateixa manera que a la resta de l'Estat espanyol, a Barcelona s'ha produït una disminució de la incidència de LAT amb baixa en els darrers anys. La taxa d'incidència de l'any 2000 va ser de 57,6 LAT per 1.000 persones afiliades a la Seguretat Social,^j mentre que el 2007 ha estat de 44,6. La figura 25 mostra el nombre i la taxa d'incidència de les LAT greus i mortals i es pot observar que la disminució dels darrers anys s'ha produït sobretot en les lesions greus. Les mortals, en canvi, s'han mantingut força estables, al voltant de 50 anuals, tret dels dos darrers anys, amb un notable increment l'any 2006 i un descens encara més pronunciat el 2007.

Atenent al tipus de LAT s'observa que, en el conjunt de greus i mortals, el descens dels

Figura 25. Evolució de les lesions per accident de treball greus i mortals segons la gravetat. Barcelona, 2000-2007



Font: Registre d'accidents de treball del Departament de Treball. Generalitat de Catalunya. Elaboració pròpia.

darrers anys s'ha produït sobretot en les de causa traumàtica ocorregudes en jornada laboral (vegeu la nota al peu de la figura 26 amb relació a les dades de 2003 i 2004), les més relacionades amb les condicions del lloc de treball (figura 26).

En comparar la magnitud de les LAT ocorregudes a Barcelona amb la resta de Catalunya s'observa una menor incidència a Barcelona en les produïdes durant la jornada laboral, tal com ho il·lustra la figura 27 amb relació a les lesions no mortals. En canvi, les produïdes *in itinere* tenen valors semblants en tot el territori.

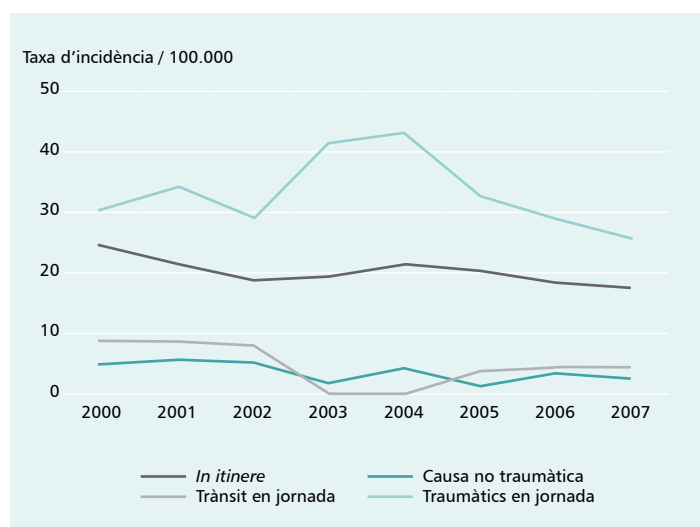
^j Vegeu l'apartat de mètodes per a més detall sobre el càlcul de les taxes d'incidència.

3.2. Malalties professionals

L'any 2006, l'últim en què es disposa de dades de malalties professionals (MP) en persones que treballen a la ciutat de Barcelona, es van notificar 617 MP amb baixa (taxa d'incidència = 66,6 per 10.000 persones afiliades a la Seguretat Social), quatre de les quals van ser qualificades de greus. El 52% van afectar homes. La majoria de les MP van ser per fatiga de les beines tendinoses (80,8% en homes i 70,9% en dones), seguides per les produïdes per paràlisi dels nervis deguda a pressió (5,8% en homes i 17,9% en dones)^k.

La majoria de les MP declarades afectaven població ocupada de classes manuals (91,6% dels homes i 82,1% de les dones). Mentre que entre les dones el major nombre va correspondre a les treballadores no qualificades (35,8%), seguides de les de serveis i comerç (30,7%), entre els homes el grup més nombrós va ser el de treballadors

Figura 26. Evolució de les lesions per accident de treball greus i mortals segons el tipus d'accident. Barcelona, 2000-2007



Font: Registre d'accidents de treball del Departament de Treball. Generalitat de Catalunya. Elaboració pròpia.

Nota: el 2003 es va produir un canvi en el sistema d'informació de les LAT que no permet identificar les degudes a accidents de trànsit d'aquest any ni de 2004, motiu pel qual en aquests dos anys la categoria 'traumàtics en jornada' inclou, a més dels traumàtics, els accidents de trànsit.

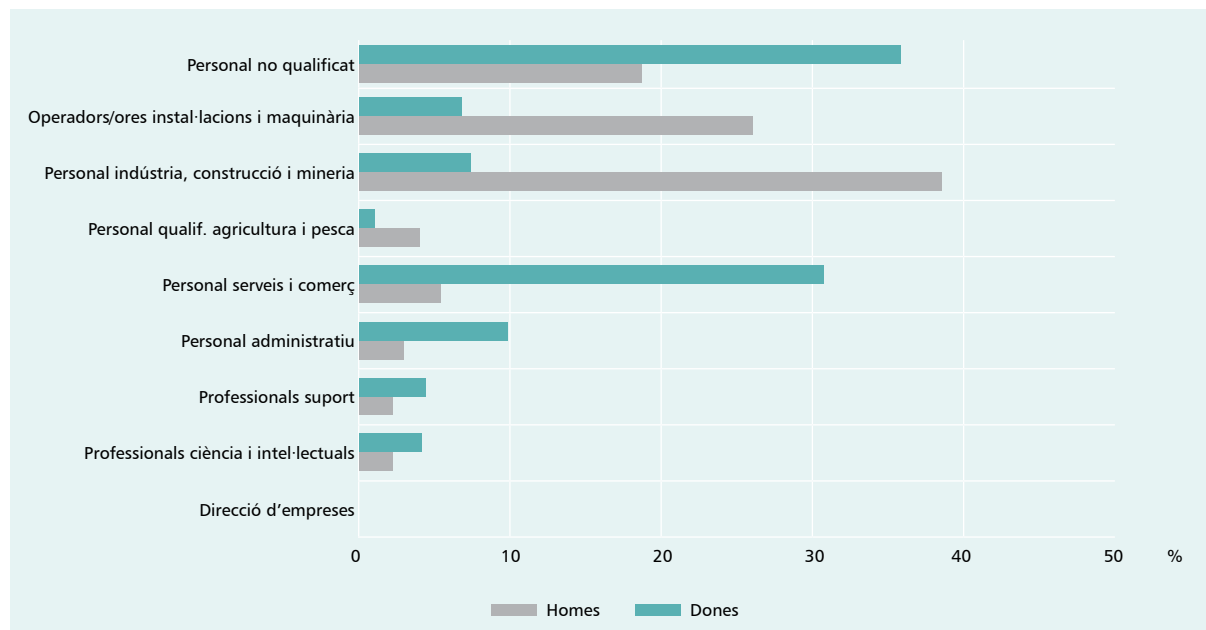
Figura 27. Lesions no mortals per accident de treball en jornada laboral segons la regió sanitària. Catalunya, 2004



Font: Benavides FG, Portolés C, Torralba L, Unamuno A, Malè A. Indicadors de salut laboral a Catalunya, any 2004. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Salut. Barcelona, abril 2006.

^k En aquest apartat es presenten les dades d'MP en nombre, freqüència relativa al total de casos i taxa d'incidència. Per a la interpretació dels resultats vegeu el peu de pàgina de l'apartat de lesions per accident de treball (peu de pàgina lletra i). Les taxes d'incidència només s'han calculat per al total d'MP perquè no es disposa de les dades de població afiliada a la Seguretat Social desagregada per altres variables com el sexe o l'ocupació. En l'apartat de mètodes es comenten amb més detall les limitacions de l'anàlisi de les MP.

Figura 28. Malalties professionals segons l'ocupació i el sexe. Barcelona, 2006



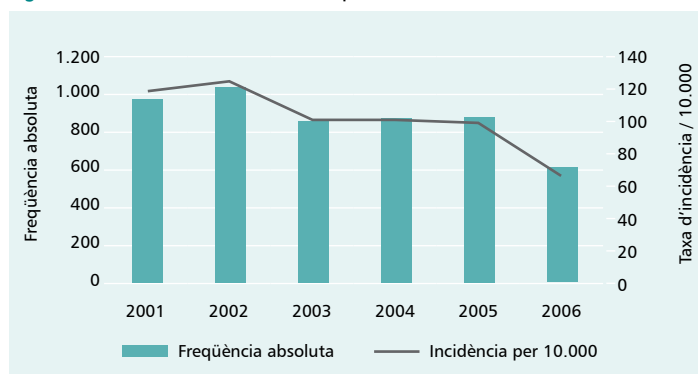
Font: Registre de malalties professionals del Departament de Treball. Generalitat de Catalunya. Elaboració pròpia.

qualificats de la indústria i la construcció (38,3%), seguit pel d'operadors d'instal·lacions i maquinària (26,2%) (figura 28).

El nombre i la incidència de MP ha experimentat una tendència decreixent des de l'any 2001, especialment marcada el 2006, coincidint amb un canvi en la gestió de la indemnització (figura 29).

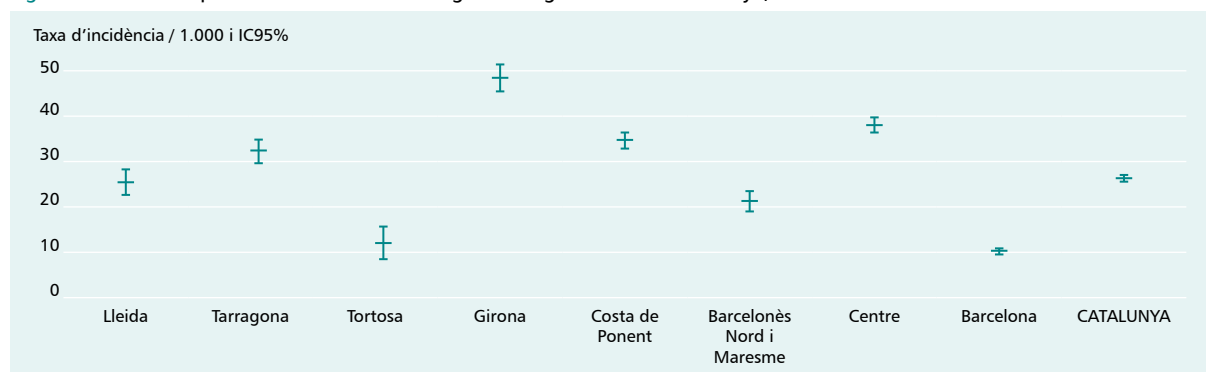
De la mateixa manera que es comentava en el capítol anterior amb relació a les LAT en jornada laboral, i tal com s'observa a la figura 30, la incidència d'MP és significativament més baixa a Barcelona que a la resta de regions sanitàries de Catalunya.

Figura 29. Evolució de les malalties professionals. Barcelona, 2001-2006

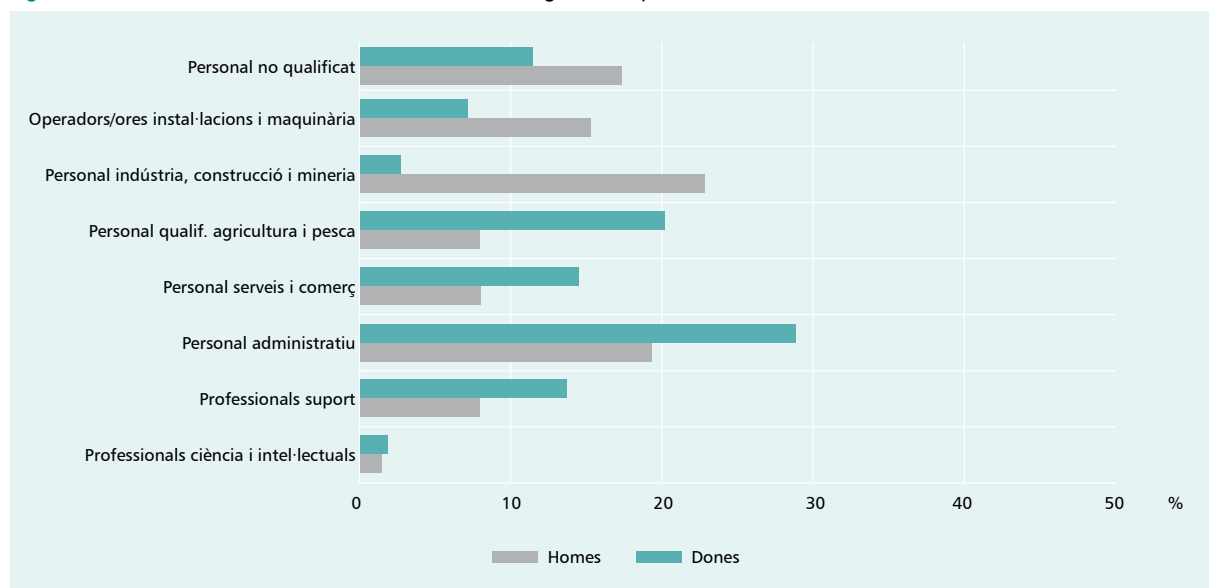


Font: Registre de malalties professionals del Departament de Treball. Generalitat de Catalunya. Elaboració pròpia.

Figura 30. Malalties professionals amb baixa segons la regió sanitària. Catalunya, 2004



Font: Benavides FG, Portolés C, Torralba L, Unamuno A, Malè A. Indicadors de salut laboral a Catalunya, any 2004. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Salut. Barcelona, abril 2006

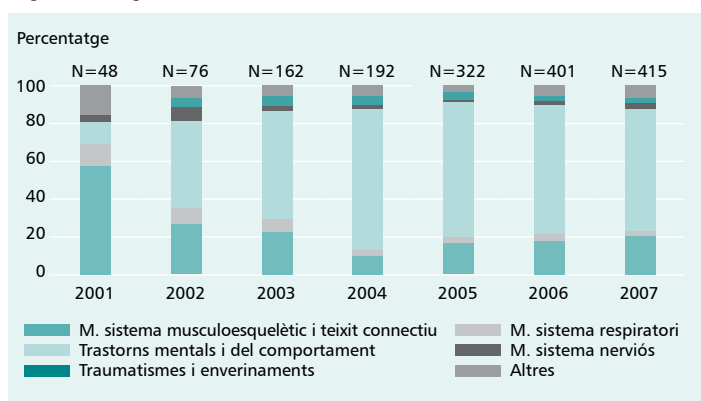
Figura 31. Trastorns de salut relacionats amb el treball segons l'ocupació i el sexe. Barcelona, 2007

Font: Registre de malalties relacionades amb el treball de la Unitat de Salut Laboral de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

3.3. Malalties relacionades amb el treball

A Catalunya, els trastorns de salut relacionats amb el treball que s'atenen als centres d'atenció primària són notificats voluntàriament pels professionals sanitaris a les unitats de salut laboral (USL). Dels 415 casos notificats el 2007 a la USL de Barcelona, gairebé dues terceres parts s'han produït en dones (63,8%). Entre els homes, un 60% dels casos han ocorregut en les classes manuals i entre les dones han estat el 47,4%. Una quarta part dels casos masculins han afectat homes de classe III, mentre que en les dones han suposat una tercera part.¹

L'ocupació més freqüent entre les dones ha estat la de professional de suport (28,8%), seguida de les treballadores de serveis i comerç (20,1%). Entre els homes, la freqüència més alta de casos s'ha donat en els treballadors qualificats de la indústria, la construcció i la mineria (22,7%), seguits dels professionals de suport i els treballadors no qualificats (19,3% i 17,3%, respectivament). A la figura 31 es pot observar la distribució de casos segons l'ocupació.

Figura 32. Evolució dels trastorns de salut relacionats amb el treball segons el diagnòstic. Barcelona, 2001-2007

Font: Registre de malalties relacionades amb el treball de la Unitat de Salut Laboral de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Entre l'any 2001 i el 2007, els casos notificats a la USL de Barcelona han passat de 48 a 415 i els problemes de salut de tipus ansios-depressiu són els més notificats en els darrers anys (el 2007 han constituït el 64,3%, seguits dels trastorns musculoesquelètics que han estat el 20,7%) (figura 32).

En comparar les dades de Barcelona amb la resta de Catalunya, s'observa que els trastorns de salut mental notificats a les USL són molt

¹ En aquest apartat es presenten les dades de malalties relacionades amb el treball per nombre de casos i freqüència relativa en el total. Per a la interpretació dels resultats vegeu el peu de pàgina de l'apartat de lesions per accident de treball (peu de pàgina lletra i).

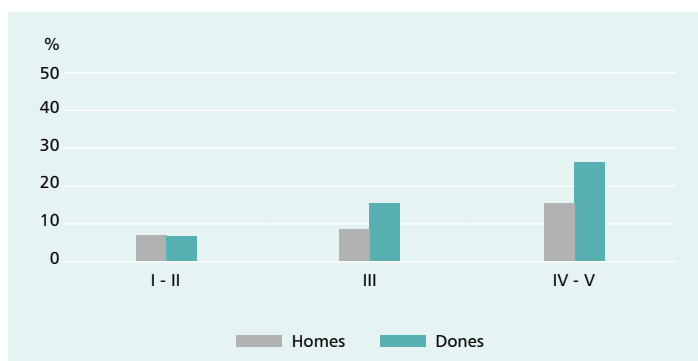
més freqüents a la ciutat que a les altres regions sanitàries, tal com mostren les dades de l'any 2005, el darrer del qual es disposa de dades conjuntes del país, en què a la resta de Catalunya el 34% dels trastorns notificats van ser de tipus mental^m mentre que a Barcelona van ser el 70,5%.

3.4. Estat de salut percebut

L'estat de salut percebut està relacionat amb l'edat (com més edat més mala salut percebuda) i amb el sexe, de manera que, segons l'ESB06, un 16,7% de les dones ocupades i un 11,1% dels homes ocupats tenen un estat de salut regular o dolent.

Els homes i les dones de classes socials I-II i els homes de classe III tenen proporcions de mala salut percebuda molt similars (entre el 7% i 8%), mentre que les dones de classe III i els homes de classe manual gairebé doblen aquest percentatge. La proporció més gran de persones amb mala salut la constitueixen les dones de classe manual (26,2%) (figura 33).

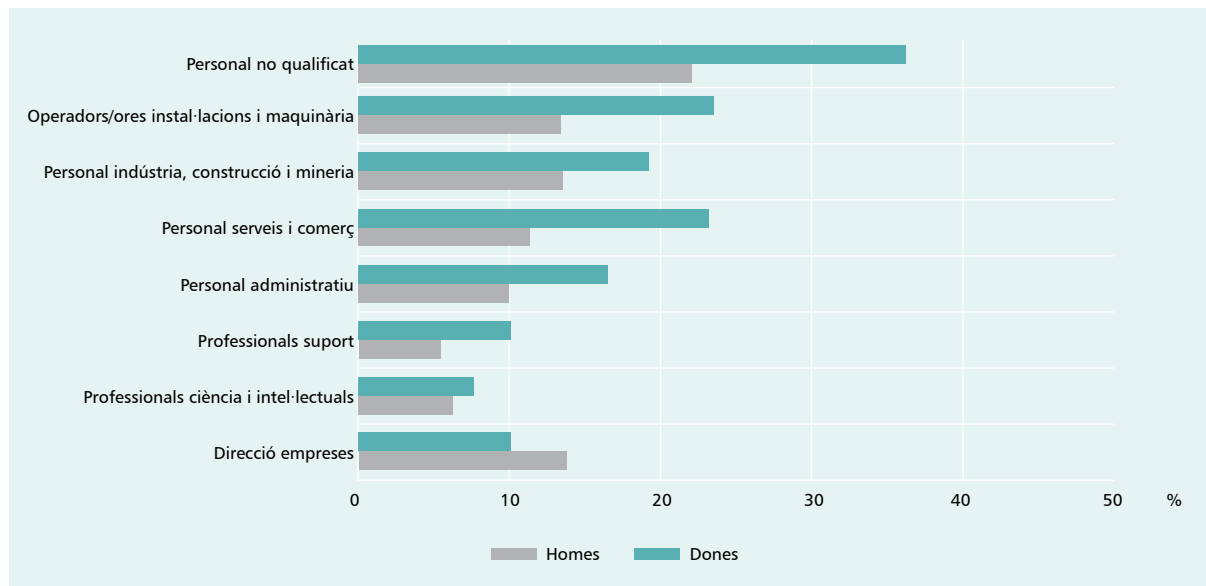
Figura 33. Població ocupada amb mal estat de salut percebut segons el sexe i la classe social



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Amb relació a l'ocupació, a la figura 34 s'observa que les proporcions més elevades de mala salut percebuda es donen en el personal no qualificat, sobretot entre les dones (en comparació amb el personal professional de la ciència i els intel·lectuals de la mateixa edat, en els homes és cinc vegades superior i en les dones sis vegades superior), els operadors d'instal·lacions i maquinària, el personal qualificat de la indústria i la construcció i també, sobretot entre les dones, les treballadores dels serveis i el comerç.

Figura 34. Població ocupada amb mal estat de salut percebut segons el sexe i l'ocupació



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

m Dades no publicades. Registre de Malalties Relacionades amb el Treball. Departament de Salut.

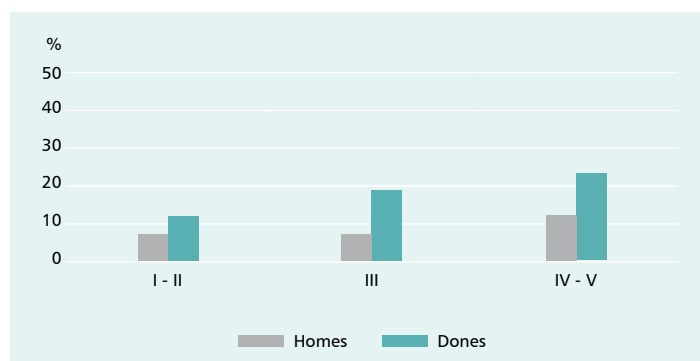
3.5. Salut mental

La salut mental de la població ocupada s'associa al sexe, de manera que la proporció de dones amb mal estat de salut mental és el doble que la d'homes (18% i 9,2%, respectivament). L'edat, en canvi, no s'hi associa.

Els homes de classes no manuals i els de classe III tenen les prevalences de mala salut mental més baixes (7,2% en ambdós casos), els homes de classe manual i les dones de classe no manual presenten percentatges similars (12%) i són les dones de classe III i, sobretot, les manuals les que presenten les proporcions superiors de mala salut mental (18,8% i 23%, respectivament) (figura 35).

En l'anàlisi per ocupacions (figura 36) destaca l'elevat percentatge de dones no qualificades amb mal estat de salut mental (el 28,2%), així com les operadores d'instal·lacions i maquinària, les de serveis i comerç i les administratives (amb proporcions iguals o superiors al 20%). Entre els homes destaquen els treballadors no qualificats (17,6%). Un altre resultat d'interès són les diferències entre homes i dones d'una mateixa ocupació, sobretot entre el personal de serveis i comerç, administratiu i professionals de suport.

Figura 35. Població ocupada amb mala salut mental segons el sexe i la classe social



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

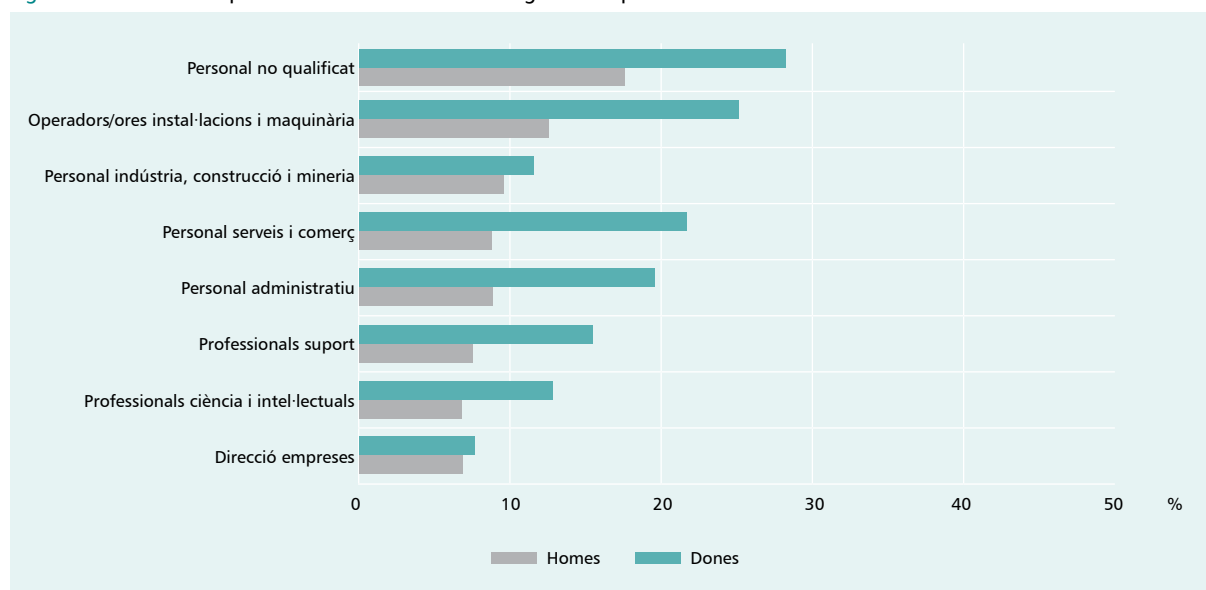
3.6. Mal d'esquena cervical

Entre les dones ocupades, la proporció de les que tenen mal d'esquena crònic a nivell cervical és el doble que la dels homes (26,3% i 13,2%, respectivament) i la freqüència augmenta amb l'edat, cosa que no succeeix en els homes.

Tant en el cas dels homes com en el de les dones, les classes socials manuals pateixen més dolor cervical que les no manuals i s'ha de destacar l'elevada proporció de dones de classes IV-V que en pateixen (figura 37).

En ambdós sexes, el personal operador d'instal·lacions i maquinària és el que presenta un percentatge més elevat de dolor cervical

Figura 36. Població ocupada amb mala salut mental segons l'ocupació i el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

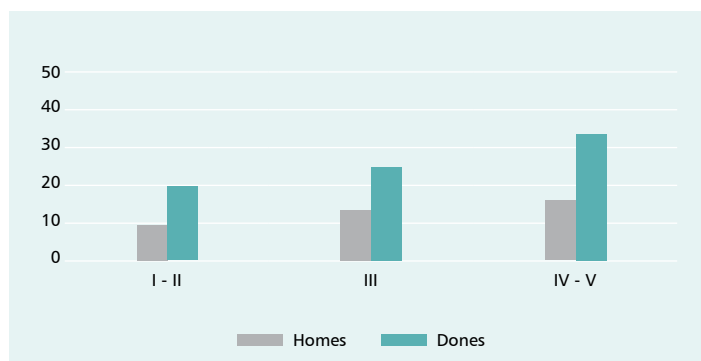
(23,6% els homes i 41,2% les dones). Entre les dones les segueixen les d'ocupacions no qualificades i les treballadores de serveis i comerç. Entre els homes, els treballadors no qualificats i els qualificats de la indústria i la construcció són els que pateixen dolor cervical en una proporció més alta. A la figura 38 es presenta la freqüència de mal d'esquena cervical segons l'ocupació i el sexe i també s'hi observa que les diferències més grans entre homes i dones es produeixen en el personal de serveis i comerç (les dones tenen una freqüència quatre vegades superior als homes de la mateixa ocupació i edat).

3.7. Mal d'esquena lumbar

La proporció de dones amb dolor lumbar és similar al cervical (26,3%) i la d'homes superior (19%). Amb l'edat s'incrementa la freqüència del mal d'esquena lumbar, sobretot en les dones, de manera que augmenten les diferències entre els uns i les altres.

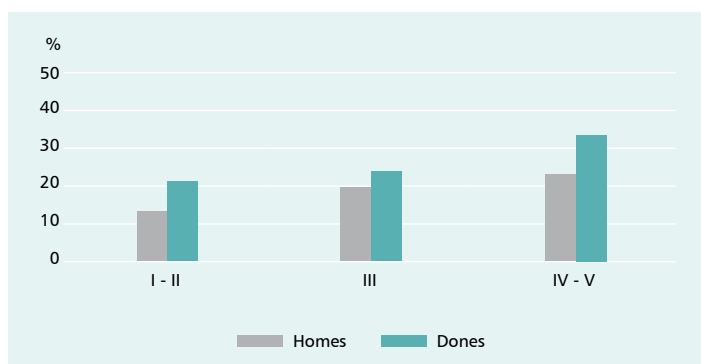
En ambdós sexes, el treball en ocupacions manuals multiplica per dos la probabilitat de patir mal d'esquena lumbar amb relació a les classes no manuals, independentment de l'edat. Tal com s'observa a la figura 39, la proporció més elevada de dolor lumbar es produeix en les dones de classes IV-V.

Figura 37. Població ocupada amb mal d'esquena cervical segons el sexe i la classe social



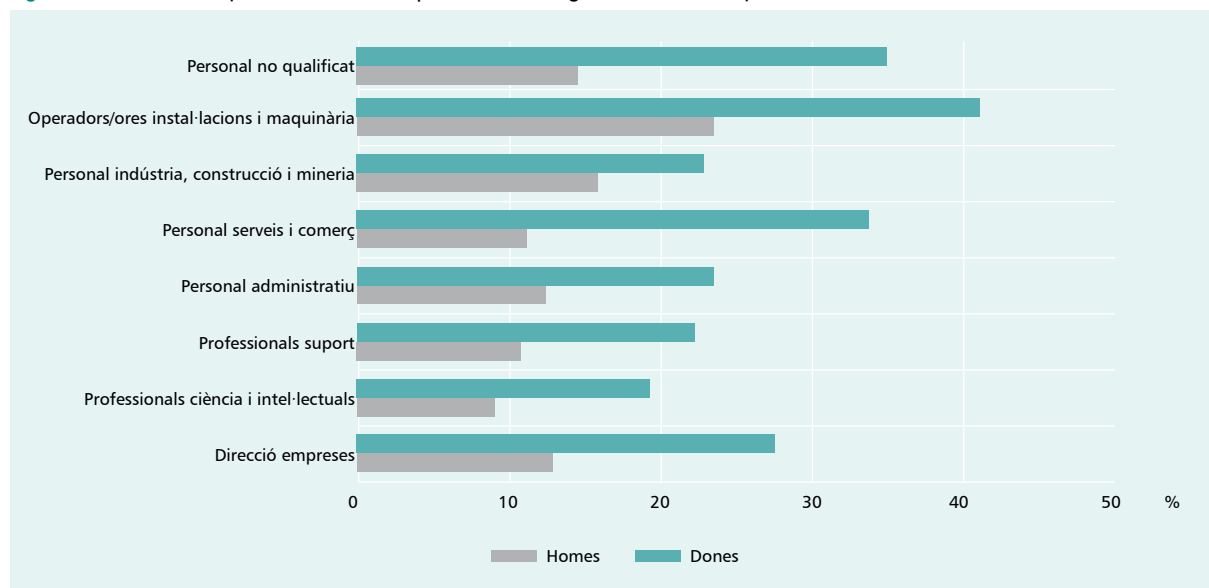
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 39. Població ocupada amb mal d'esquena lumbar segons el sexe i la classe social



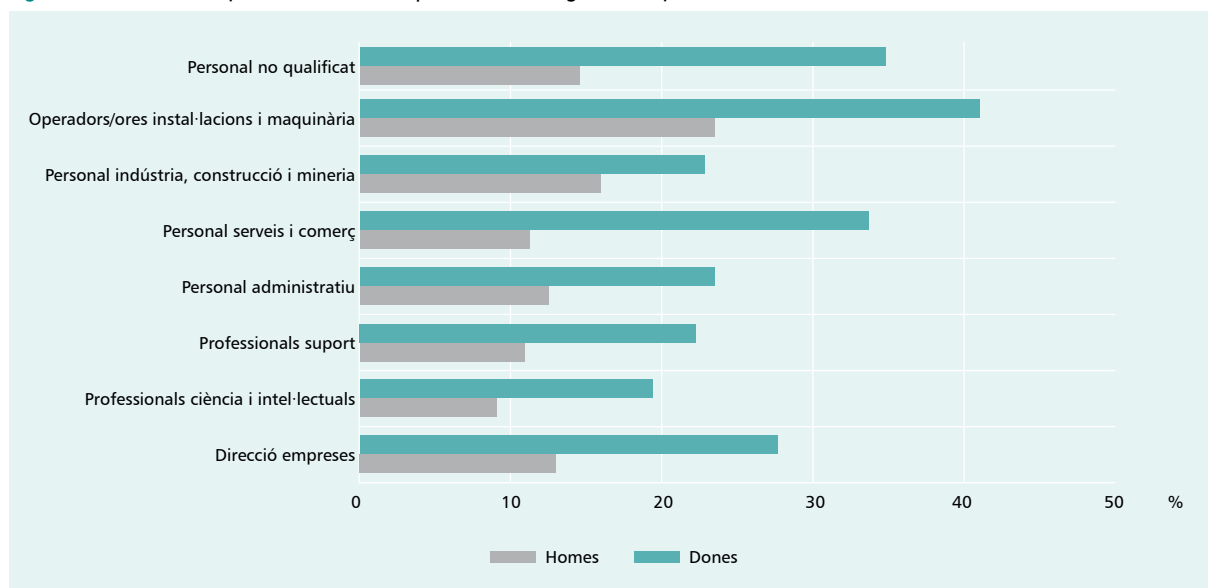
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 38. Població ocupada amb mal d'esquena cervical segons el sexe i l'ocupació



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 40. Població ocupada amb mal d'esquena lumbar segons l'ocupació i el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

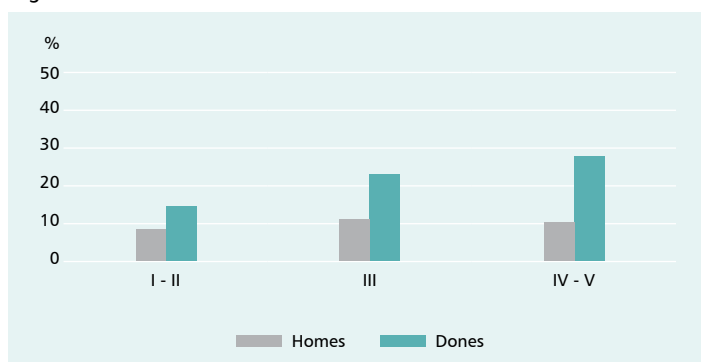
Els homes i les dones operadors d'instal·lacions i maquinària (sobretot les dones) i el personal no qualificat són les ocupacions amb una freqüència més elevada de dolor lumbar. Entre les dones també destaquen les treballadores de serveis i comerç i entre els homes els treballadors qualificats de la indústria. Tots aquests grups presenten probabilitats entre el doble i el triple de patir mal d'esquena lumbar en comparació amb el grup de professionals (figura 40), independentment de l'edat.

3.8. Migranya o mals de cap freqüents

Un 15,3% de la població ocupada pateix migranya o mals de cap freqüents, més les dones que els homes (21,6% elles, 9,7% ells), un trastorn que no s'associa a l'edat. Entre els homes no hi ha diferència entre classes socials, contràriament a les dones, en què són les de classes manuals les que més en pateixen (27,1%) (figura 41).

Tal com s'observa a la figura 42, entre les dones, la freqüència més alta de migranya es dona en les treballadores qualificades de la indústria i la construcció i en les no qualificades. Entre els homes, l'ocupació no s'associa a aquest problema de salut (les diferències que es poden observar a la figura

Figura 41. Població ocupada amb migranya o mals de cap freqüents segons el sexe i la classe social



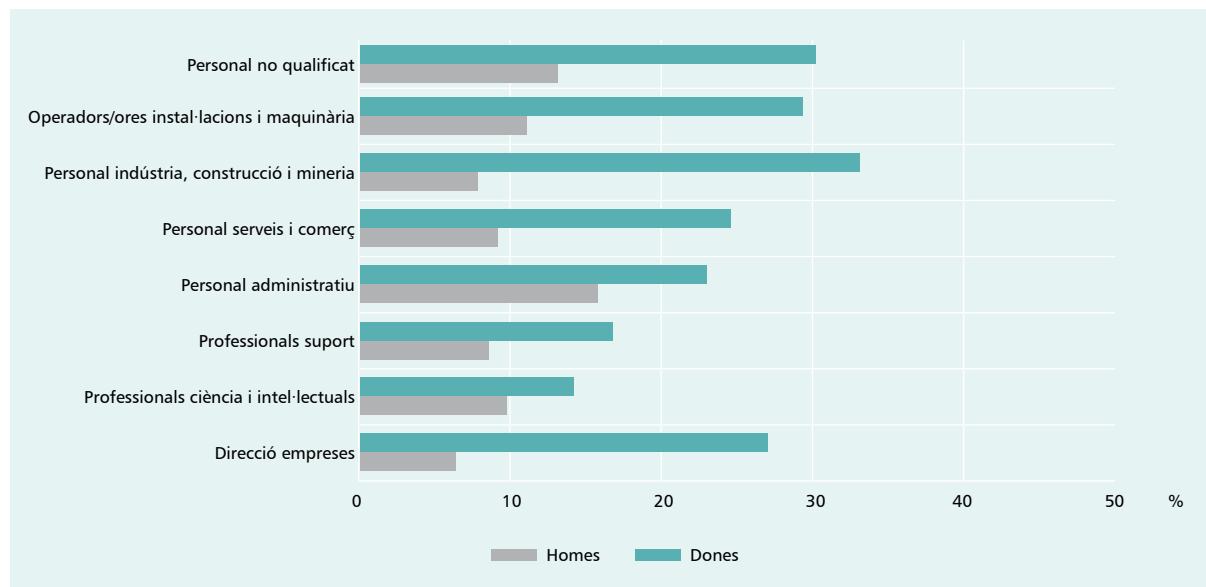
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

42 no són estadísticament significatives). En general, les diferències entre homes i dones són molt elevades en totes les ocupacions, però cal destacar les que es donen entre el personal directiu i el qualificat de la indústria i construcció.

3.9. Trastorns crònics

A l'ESB06 es pregunta sobre la presència d'algun dels 28 trastorns crònics que figuren en una llista. Un 63,7% de la població ocupada pateix o havia patit almenys un dels trastorns, situació estretament relacionada amb l'edat i també amb el sexe, de manera que les dones pateixen en una proporció més alta un o més d'aquests trastorns (73,7% de les dones i 58,4% dels homes).

Figura 42. Població ocupada amb migranya o mals de cap freqüents segons l'ocupació i el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

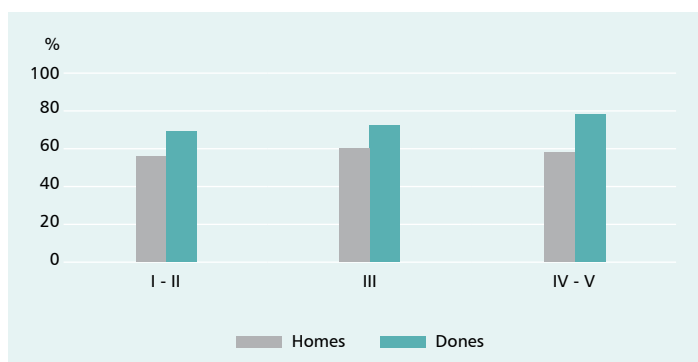
Les dones de classes socials manuals tenen en una proporció (78,5%) més elevada almenys un trastorn crònic amb relació a les d'altres classes (figura 43). Les proporcions de persones amb trastorns crònics varien poc entre ocupacions i són les dones en ocupacions no qualificades (84,9%), les operadores d'instal·lacions i maquinària (88,2%) i les treballadores qualificades de la indústria i construcció (85,2%) les que presenten percentatges més elevats (figura 44).

Cal destacar que tot i tenint en compte la diferent distribució de l'edat entre classes socials i ocupacions, les treballadores de classes manuals i específicament les no qualificades (en ambdós casos de més edat) pateixen més trastorns crònics amb relació als altres grups.

Entre els homes, les diferències entre classes socials i ocupacions no són estadísticament significatives.

Finalment, les diferències entre homes i dones en la mateixa ocupació són més accentuades entre el personal operador d'instal·lacions i maquinària, amb 5,6 vegades més dones amb almenys un trastorn crònic que els homes de la mateixa edat.

Figura 43. Població ocupada amb un o més trastorns crònics segons el sexe i classe social



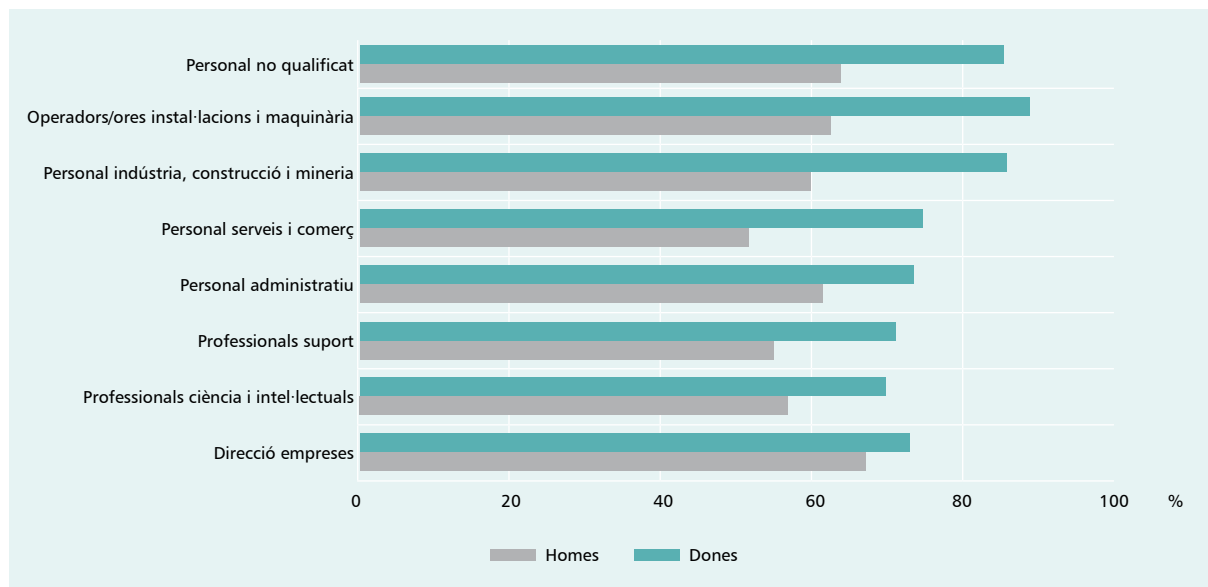
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

3.10. Satisfacció amb les condicions de treball

El 16,2% de la població ocupada es manifesta insatisfeta o molt insatisfeta amb les condicions de treball. L'edat es relaciona amb la satisfacció, de manera que en augmentar la primera també augmenta la segona. La proporció de dones insatisfetes amb les condicions de treball és una mica superior que la d'homes (14,9% els homes i 17,7% les dones).

La satisfacció amb la feina s'associa a la classe social, de manera que les classes més benestants n'estan més satisfetes (el 91,9% dels homes de les classes I-II i el 86,1% de les dones). A la figura 45 s'observa la distribució de la insatisfacció amb la feina segons la classe social i el sexe.

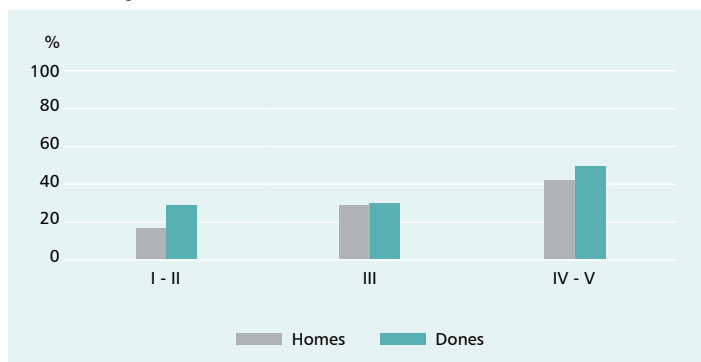
Figura 44. Població ocupada amb un o més trastorns crònics segons el sexe i l'ocupació



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

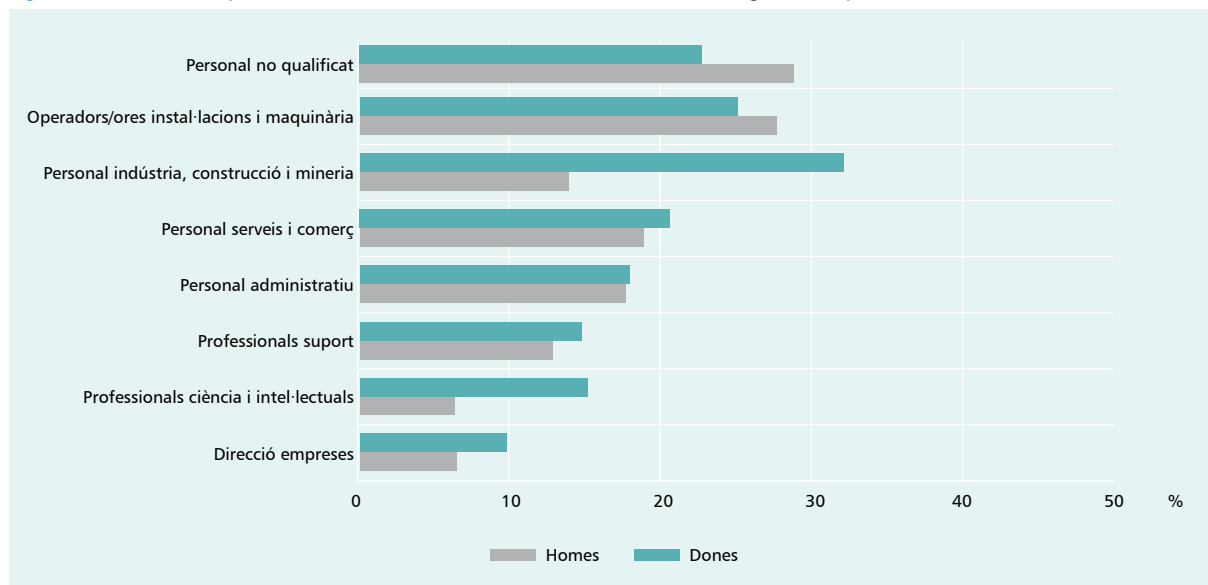
El personal no qualificat i els operadors d'instal·lacions i maquinària destaquen entre els homes quant a la proporció d'insatisfacció amb la feina, amb valors propers al 30%. Entre les dones, el 32% de les treballadores qualificades de la indústria i la construcció estan insatisfetes amb les condicions de treball, seguides de les operadores d'instal·lacions i maquinària (25%) i les no qualificades (22,7%). En ambdós sexes, el personal de serveis i comerç i l'administratiu són grups amb proporcions elevades d'insatisfacció amb les condicions de treball (figura 46).

Figura 45. Població ocupada amb insatisfacció amb les condicions de treball segons el sexe i la classe social



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 46. Població ocupada amb insatisfacció amb les condicions de treball segons l'ocupació i el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

4. Els comportaments relacionats amb la salut

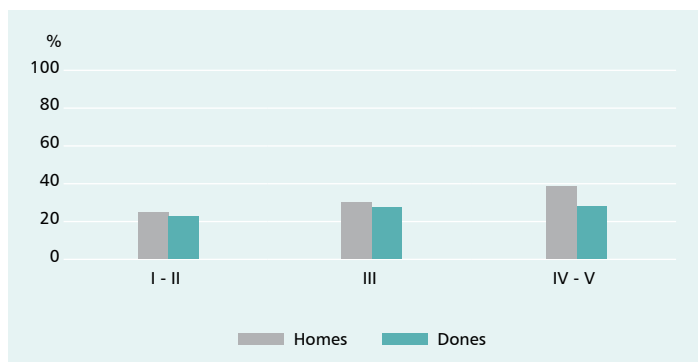
Les condicions de treball s'associen amb els hàbits relacionats amb la salut. Un entorn laboral dur pot promoure un consum més elevat de tabac o d'alcohol, les dietes no saludables o un nombre insuficient d'hores de son.

4.1. Tabaquisme

El tabac s'associa a un ampli ventall de malalties com ara diferents tipus de càncer, malaltia pulmonar obstructiva crònica, malaltia coronària, accident cerebrovascular o úlcera pèptica⁴⁵.

Entre la població ocupada de Barcelona, la freqüència de tabaquisme és superior entre els homes (32,5% dels homes i 24,8% de les dones fumen). En les dones no hi ha cap associació amb la classe social ni amb l'ocupació, al contrari que en els homes, entre els quals la freqüència de tabaquisme és superior entre els de classes més desfavorides (figura 47) i entre els treballadors qualificats de la indústria i la construcció, operadors d'instal·lacions i maquinària i treballadors

Figura 47. Població ocupada fumadora segons la classe social i el sexe



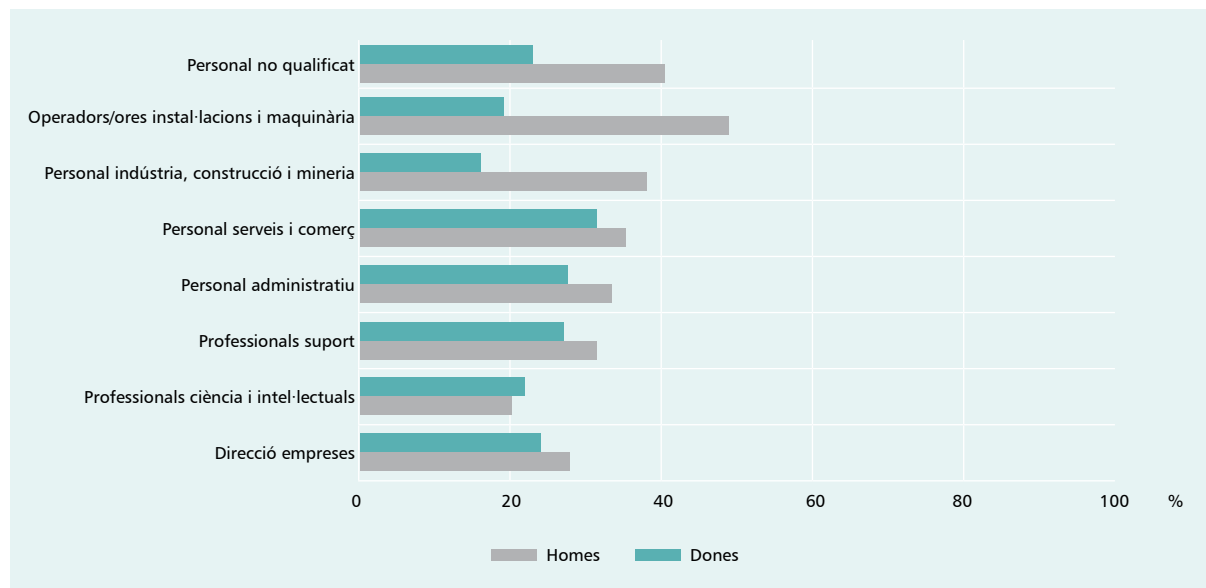
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

no qualificats (figura 48). La freqüència més baixa correspon als professionals científics i intel·lectuals (les diferències que s'observen entre les dones a la figura 47 i a la figura 48 no són estadísticament significatives).

4.2. Excés de pes

L'excés de pes i l'obesitat s'associen amb risc de malaltia cardiovascular, diabetis tipus 2, alguns tipus de càncer, osteoartritis, incapa-

Figura 48. Població ocupada fumadora segons l'ocupació i el sexe

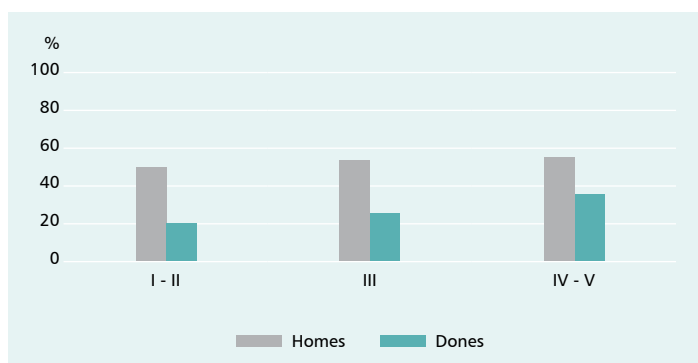


Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

citat laboral i apnea del son, entre d'altres trastorns⁴⁶. Entre la població ocupada de Barcelona, la freqüència d'excés de pes és superior entre els homes (52,4% dels homes per 27,1% de les dones). En els dos sexes s'incrementa entre les classes més desfavorides (figura 49), sobretot entre les dones, en les quals la proporció de classes manuals amb excés de pes és molt superior a la de les classes I-II.

Els operadors d'instal·lacions i maquinària i els treballadors qualificats de la indústria i la construcció són, entre els homes, les ocupacions en què es dona amb més freqüència excés de pes (prop del 60%), tot i tenint en consideració les diferències d'edat entre ocupacions (cal tenir en compte que l'excés de pes augmenta amb l'edat en ambdós sexes). Entre les dones, destaquen les treballadores en ocupacions no qualificades amb un percentatge d'excés de pes similar al dels homes de la mateixa ocupació (figura 50) i molt superior al de les professionals.

Figura 49. Població ocupada amb excés de pes segons la classe social i el sexe

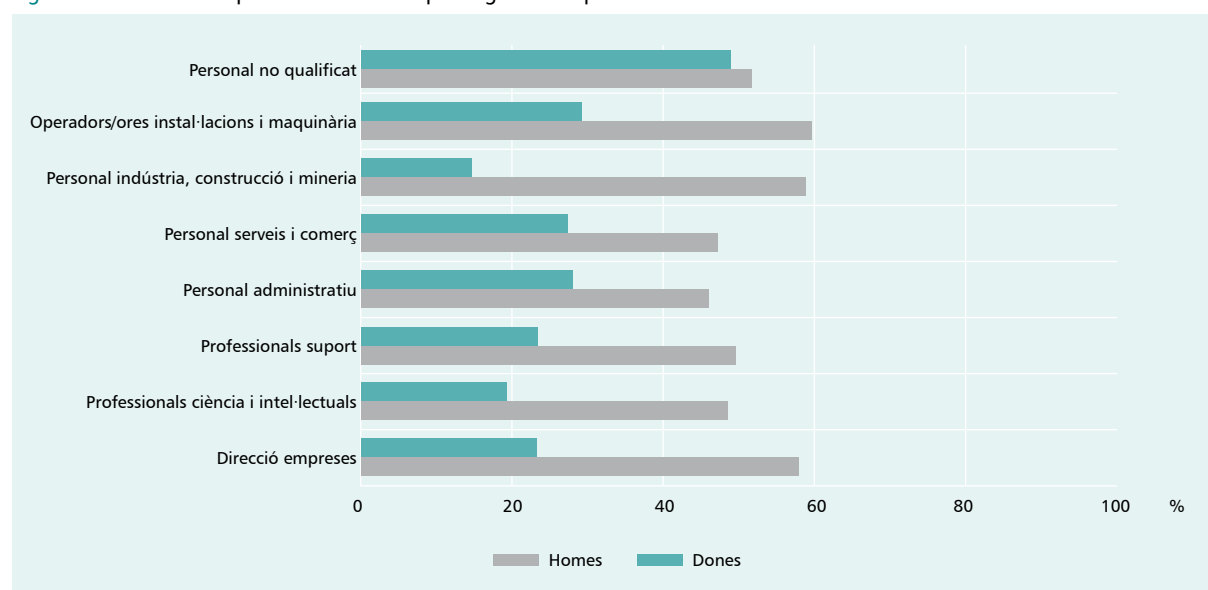


Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

4.3. Exercici físic en el temps de lleure

L'activitat física millora l'estat de salut general i s'associa amb reducció de la mortalitat per totes les causes, menys risc de malaltia cardiovascular, hipertensió arterial, diabetis tipus

Figura 50. Població ocupada amb excés de pes segons l'ocupació i el sexe

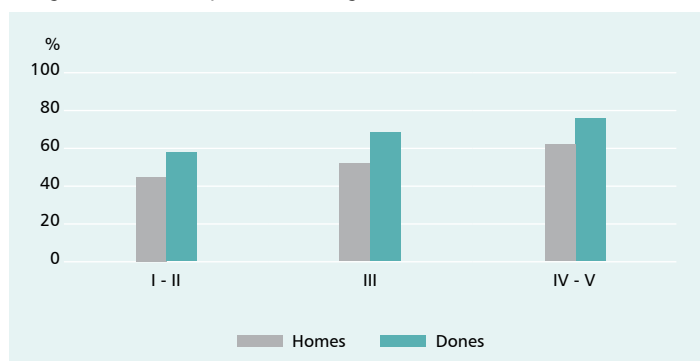


Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

2, obesitat, osteoporosi, trastorns cognitius i alguns tipus de càncer. Entre la població ocupada de Barcelona, la pràctica d'activitat física moderada o vigorosa en el temps de lleure és més freqüent entre els homes (45,1% dels homes i 30,9% de les dones). En els dos sexes és menys freqüent entre les classes socials menys benestants i cal destacar les dones de classes manuals, en què tres quartes parts no fan activitat física moderada ni vigorosa en el temps de lleure (figura 51).

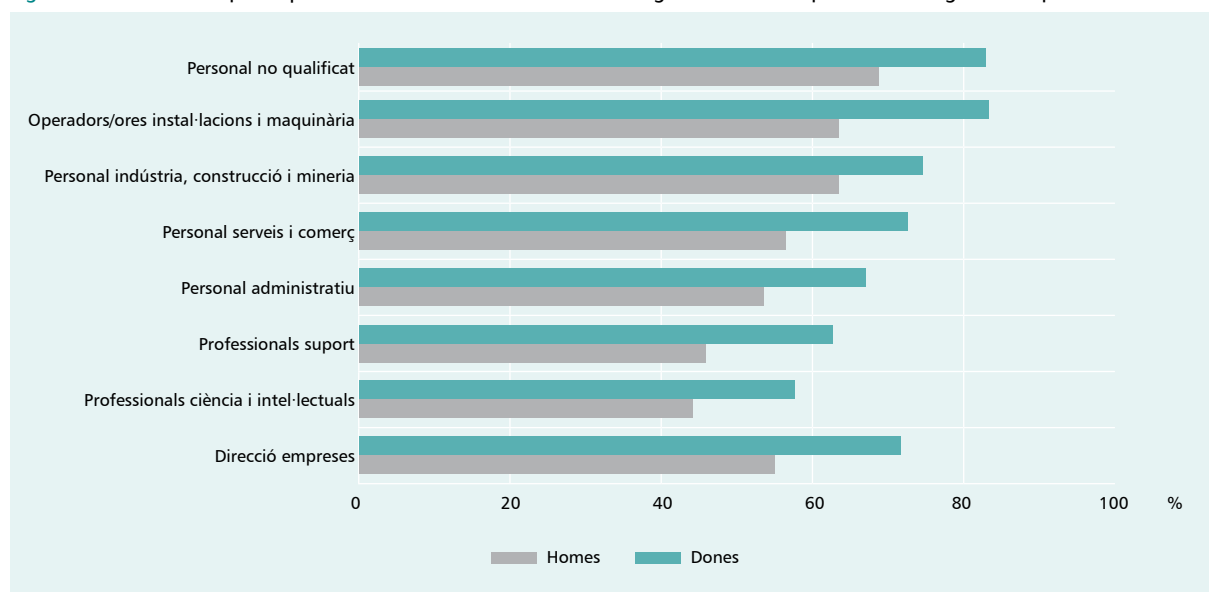
Només el 17% de les dones amb ocupacions no qualificades fa una activitat física moderada o vigorosa en el temps de lleure. Les treballadores de serveis i comerç també es troben entre les que fan aquest tipus d'activitat en una proporció més baixa. Entre els homes, els treballadors no qualificats, operadors d'instal·lacions i maquinària i treballadors qualificats de la indústria i la construcció són els més sedentaris en el temps de lleure (figura 52).

Figura 51. Població ocupada que no fa activitat física moderada ni vigorosa en el temps de lleure segons la classe social i el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 52. Població ocupada que no fa activitat física moderada ni vigorosa en el temps de lleure segons l'ocupació i el sexe

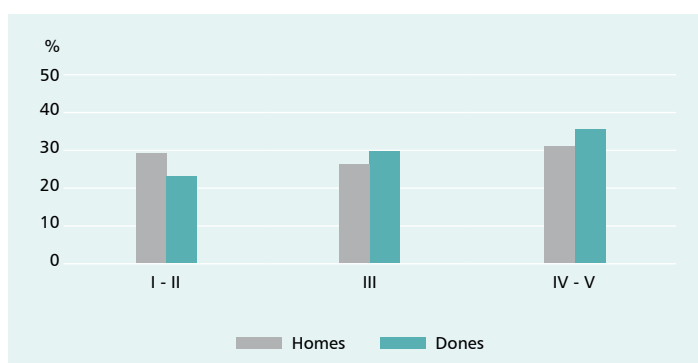


Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

4.4. Hores de son

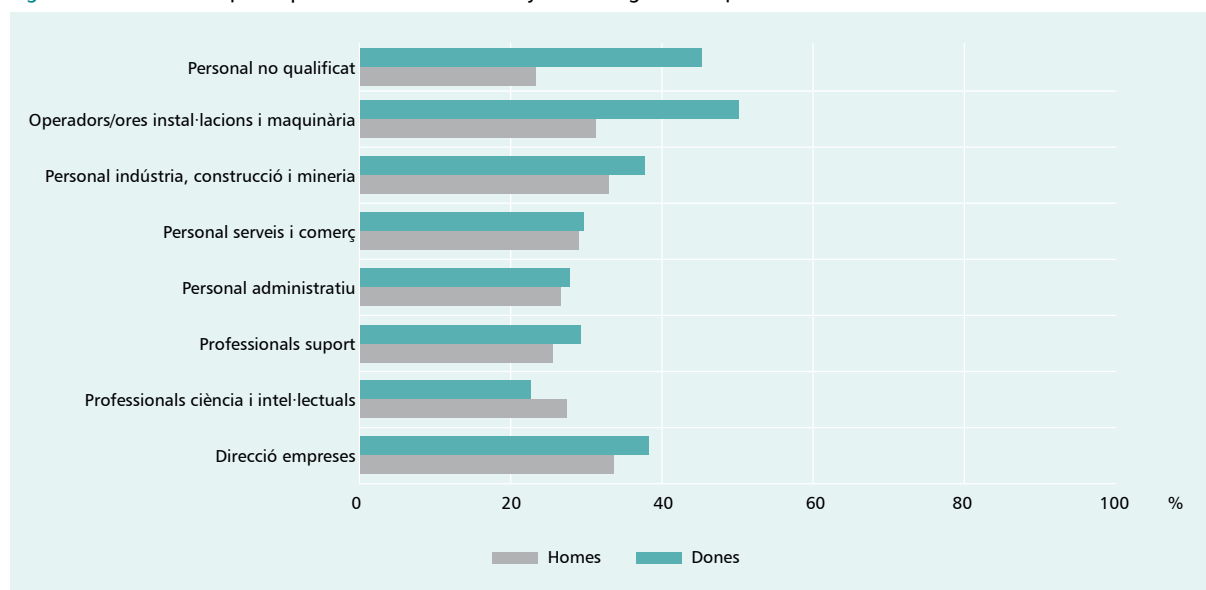
La manca crònica de son s'associa amb sobrepès, resistència a la insulina i diabetis tipus 2, menys tolerància a la glucosa, concentracions baixes de tirotròpina, depressió, problemes coronaris i hipertensió^{48,49,50,51}. A més, supera al consum d'alcohol i de drogues com a principal causa prevenible d'accidents de trànsit. Entre la població ocupada de Barcelona, el 29,4% dorm sis hores o menys al dia, sense diferències de gènere. Mentre que entre els homes no s'observa associació amb la classe social ni amb l'ocupació, entre les dones el percentatge de les que dormen poques hores és més reduït entre les classes no manuals (figura 53) i les professionals científiques i intel·lectuals, mentre que el percentatge més elevat es dona en les ocupacions no qualificades, amb una proporció del 45,1%, molt superior a la dels homes de la mateixa ocupació (figura 54).

Figura 53. Població ocupada que dorm sis hores o menys al dia segons la classe social i el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 54. Població ocupada que dorm sis hores o menys al dia segons l'ocupació i el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

El treball domèstic i familiar

1. Característiques generals de la població de 16 a 64 anys
2. Compaginació de la vida laboral i familiar
3. Mestresses de casa i dones ocupades

1. Característiques generals de la població de 16 a 64 anys

En el nostre entorn, les dones continuen sent les principals responsables de les tasques domèstiques i familiars. Com s'aprecia a la figura 1, un 13% de la població de 16 a 64 anys treballa a temps complet com a mestressa de casa, mentre que el percentatge entre els homes és insignificant. I és que està estesa la creença que en els primers anys de vida de les criatures és convenient que sigui la mare l'encarregada d'atendre-les, fet que s'associa amb la idea que les mares amb fills o filles no haurien de treballar fora de casa. En un estudi basat en una mostra de 2.494 adults, gairebé la meitat opinava que les dones havien d'abandonar el mercat laboral quan tenien criatures menors de tres anys, sense diferències de gènere. A més, el 27% dels homes i el 19% de les dones pensaven que l'havien d'abandonar fins i tot quan els fills superaven aquesta edat.⁵³

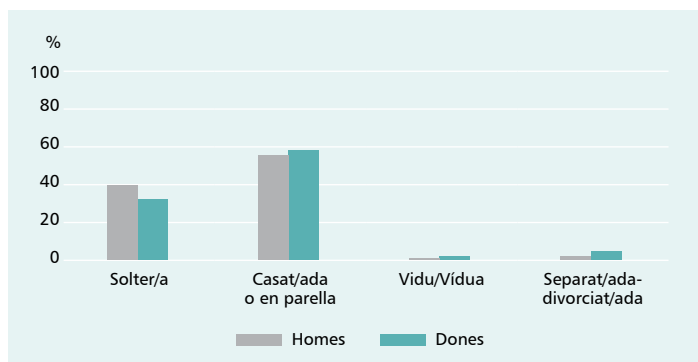
La majoria de les mestresses de casa (74,5%) havia treballat amb anterioritat. La principal raó per abandonar la feina remunerada van ser les obligacions familiars (63%); només el 10% ho va fer per motius de salut.

Una mica més de la meitat de les persones de 16 a 64 anys estan casades o viuen en parella. Cal ressaltar la proporció més alta de vídues –associada a l'esperança de vida superior de les dones– i de separades o divorciades en comparació amb els homes (figura 55).

Conviure amb fills o filles és més freqüent entre les dones (49,3% de les dones per 39,0% dels homes), així com amb persones majors de 65 anys (14,1% per 11,1%), cosa que en bona part s'explica pel fet que una proporció significativa de les dones són mestresses de casa. No hi ha diferències de gènere en el fet de conviure amb alguna persona amb discapacitat (9,1%) ni en el de disposar d'una persona contractada per a les tasques domèstiques (21,1%).

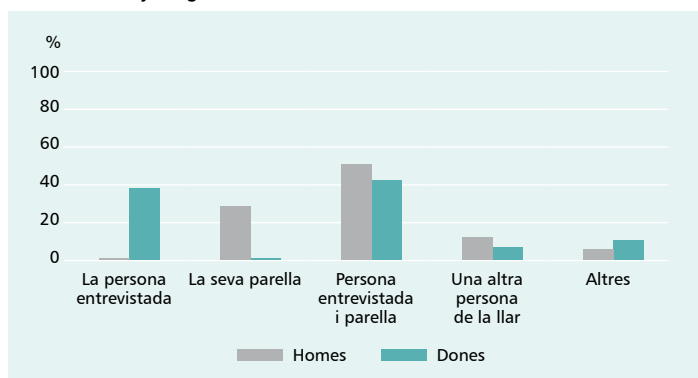
Hi ha una clara desigualtat de gènere en la distribució de les tasques domèstiques i fa-

Figura 55. Població de 16 a 64 anys segons l'estat civil o de convivència i el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

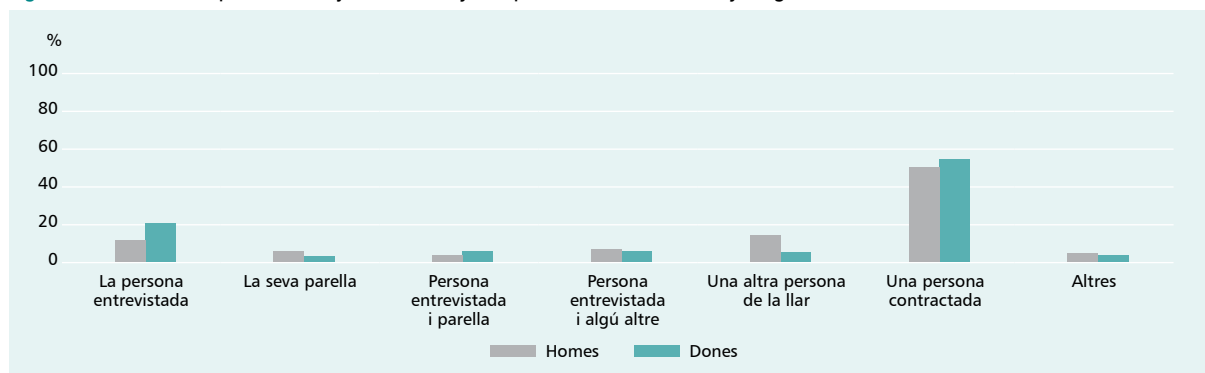
Figura 56. Cura de les persones menors de 15 anys en població de 16 a 64 anys segons el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

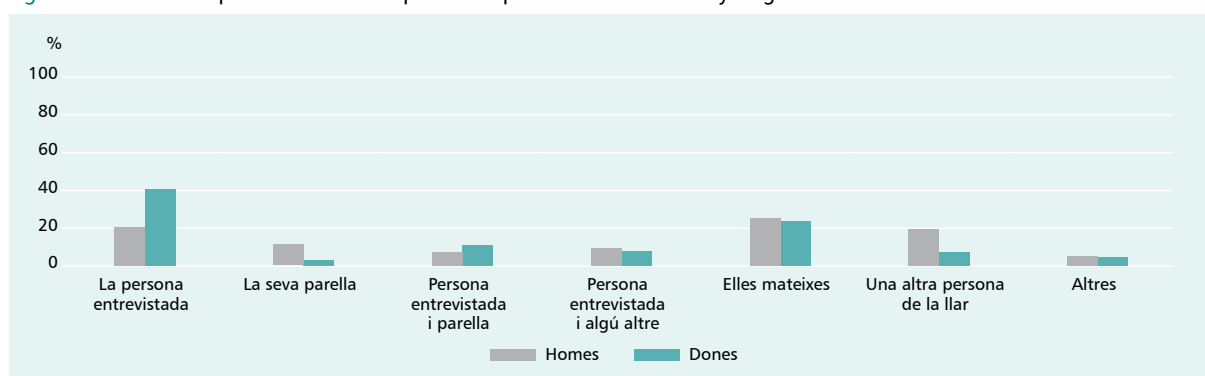
miliars. Prop de la meitat dels homes afirmen compartir la cura de menors de 15 anys amb la seva parella, però el 38,7% de les dones assenyalen que ho fan elles soles per només l'1,1% dels homes en la mateixa situació (figura 56). La meitat de les persones majors de 65 anys que conviuen amb gent de 16 a 64 anys necessiten la cura d'algu. El 20,7% de les dones que viuen amb majors de 65 anys afirmen ser les principals responsables de la seva cura, mentre la proporció entre els homes és gairebé la meitat (11,7%) (figura 57). Les desigualtats de gènere també es fan paleses en la cura de les persones amb discapacitat. El 40,9% de les dones que conviuen amb algú amb discapacitat són les principals responsables de la seva cura, percentatge que entre els homes és del 21% (figura 58).

Figura 57. Cura de les persones majors de 65 anys en població de 16 a 64 anys segons el sexe



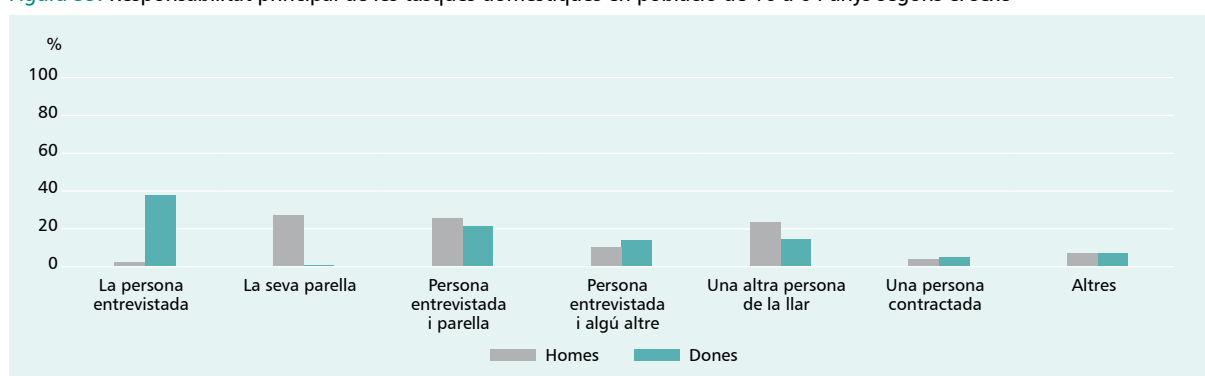
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 58. Cura de les persones amb discapacitat en població de 16 a 64 anys segons el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 59. Responsabilitat principal de les tasques domèstiques en població de 16 a 64 anys segons el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

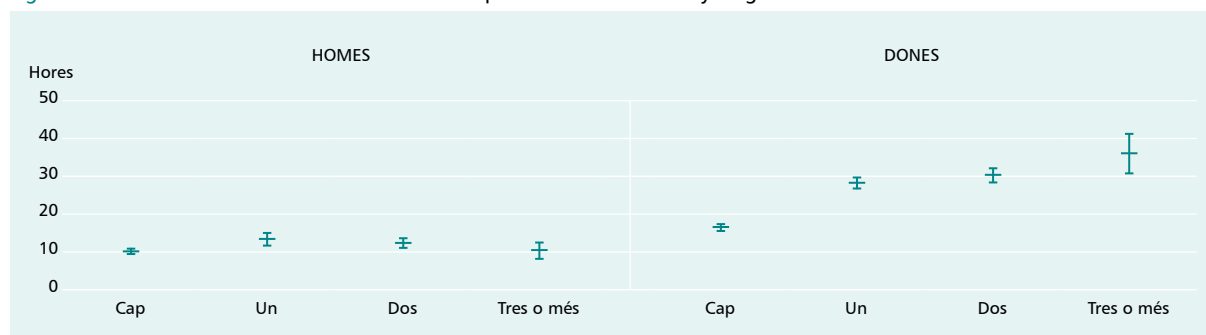
Les desigualtats de gènere en l'àmbit familiar són especialment accentuades pel que fa a la responsabilitat en les tasques domèsti-

ques com ara netejar, planxar, cuinar, etc. Només el 2,4% dels homes afirmen ser els principals responsables d'aquesta feina, proporció que entre les dones puja al 37,9% (figura 59).

Les desigualtats de gènere pel que fa a la responsabilitat de les tasques domèstiques i de cura dels membres de la unitat familiar es tradueixen en desigualtats marcades en el temps dedicat a aquesta feina, 11,2 hores de mitjana setmanal entre els homes i 22,9 entre les dones. Aquestes desigualtats s'incrementen entre les persones que conviuen amb fills o filles, però fins i tot entre les que no tenen criatures a casa, el temps de treball domèstic i familiar és superior entre les dones. Mentre que en els homes no s'observa cap associació amb el

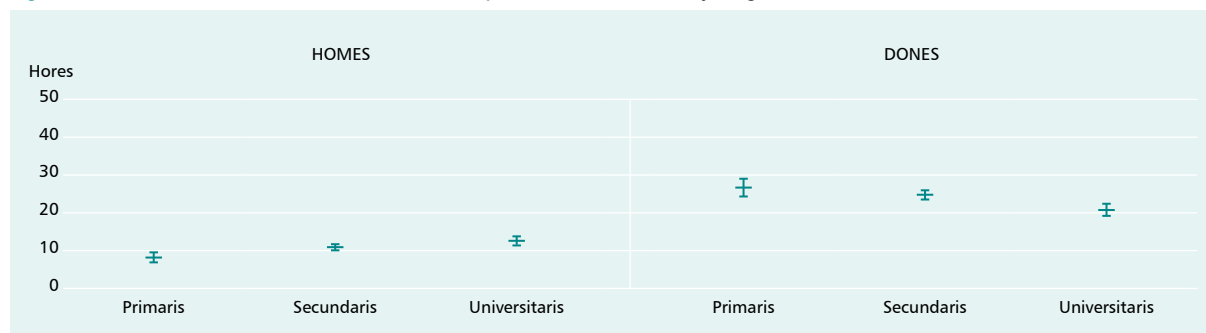
nombre d'infants, entre les dones hi ha una tendència creixent en el temps dedicat a aquestes tasques a mesura que s'incrementa el nombre de fills o filles, de manera que les que viuen en unitats familiars amb tres criatures o més dediquen al treball domèstic una mitjana d'aproximadament 36 hores setmanals (figura 60). És important assenyalar el diferent sentit de l'associació de la classe social (mesurada segons el nivell d'estudis) amb relació al treball domèstic entre els homes i les dones. Com s'observa a la figura 61, entre els homes el temps dedicat a les feines de la llar s'incrementa amb el nivell d'estudis, mentre que en les dones és superior entre les que tenen un nivell de formació més baix, que és el grup on s'evidencien les desigualtats de gènere més importants en la dedicació a aquestes tasques.

Figura 60. Hores setmanals de treball domèstic en població de 16 a 64 anys segons el nombre de fills o filles a la llar i el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 61. Hores setmanals de treball domèstic en població de 16 a 64 anys segons el nivell d'estudis i el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

2. Compaginació de la vida laboral i familiar

Molts homes i moltes dones volen tenir un treball remunerat satisfactori i una vida familiar feliç. Tanmateix, per a moltes dones aquesta aspiració és molt difícil, ja que continuen sent les responsables principals de les tasques domèstiques. Per tant, sovint han de triar entre el treball remunerat i la família, o han de donar prioritat a una de les dues opcions en algun moment de la vida. Els homes semblen capaços de tenir-ho tot més fàcilment, però generalment la seva participació en les tasques de la llar no és, ni de bon tros, igual que la de les seves parelles.

La conciliació s'ha produït tradicionalment per dues vies; la primera ha estat la divisió sexual del treball i la separació dels papers dels homes i les dones. Els homes han assumit el treball remunerat i les dones el no remunerat en l'àmbit privat. La segona via de conciliació ha estat l'acumulació de tasques, que continua sent la via més utilitzada per la majoria de les dones ocupades, que no troben cap altra solució per resoldre la compaginació de la vida laboral i familiar.

Ambdues vies, però, són evidències de les desigualtats de gènere en la societat. Per això comencen noves estratègies d'ajustament: la reducció d'objectius, la delegació del treball domèstic en altres persones o grups socials, la seqüenciació (per exemple, els permisos per maternitat o les excedències), la derivació cap al mercat i les institucions (guarderies, transport escolar, residències per a familiars grans, etc.) i el repartiment de tasques. Fins ara, però, el repartiment de les tasques domèstiques entre els dos sexes ha variat molt poc.

A continuació s'analitzen les desigualtats de gènere en la compaginació de la vida laboral i familiar. L'anàlisi se centra en les persones de 16 a 64 anys ocupades i casades o que viuen en parella, el tipus més freqüent d'organització familiar lligada a la compaginació.

2.1. La dedicació al treball domèstic i familiar

A Barcelona hi ha una clara divisió sexual del treball que es manifesta, entre altres característiques, en diferències de gènere en el temps dedicat al treball remunerat i al domèstic i familiar, tal com s'aprecia a la taula 1.

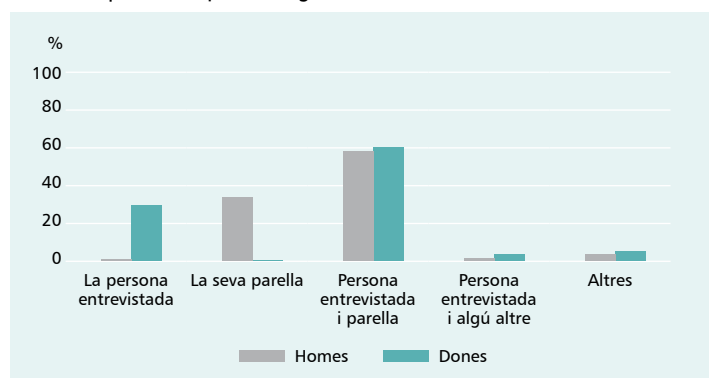
En el col·lectiu analitzat, conviure amb fills o filles o amb persones majors de 65 anys és més freqüent entre les dones, mentre que no s'observen diferències en la freqüència de convivència amb una persona amb discapacitat (6,3%). La proporció d'homes que conviu amb criatures és del 67,6% i la de dones del 72,0%. Els percentatges corresponents per a la convivència amb majors de 65 anys són del 4,0% i el 7,4%, respectivament. Hi ha clares desigualtats de gènere en la responsabilitat principal de la cura de les persones menors de 15 anys (figura 62), de les majors de 65 (figura 63), de les persones amb

Taula 1. Hores setmanals de treball en població ocupada casada o que viu en parella segons el tipus de treball i el sexe

	Homes	Dones
	Mitjana (DE)	Mitjana (DE)
Treball remunerat	44,0 (10,5)	36,4 (10,5)
Treball domèstic i familiar	9,5 (9,1)	18,3 (10,6)
Treball total ⁿ	53,4 (12,4)	54,6 (13,7)

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 62. Cura de les persones menors de 15 anys en població ocupada casada o que viu en parella segons el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

ⁿ Només inclou treball remunerat i domèstic. S'exclouen altres treballs com els de voluntariat per manca d'informació.

discapacitat (figura 64) i en les tasques domèstiques com ara netejar, cuinar, planxar, etc., on s'observen les diferències més grans entre homes i dones (figura 65).

En la compaginació de la vida laboral i familiar, les dones dediquen més temps al treball domèstic i aquest s'incrementa de forma lineal amb el nombre de fills o filles a la llar (figura 66) i entre les classes socials més desfavorides (figura 67), mentre que en els homes no s'observa cap associació amb aquestes variables.

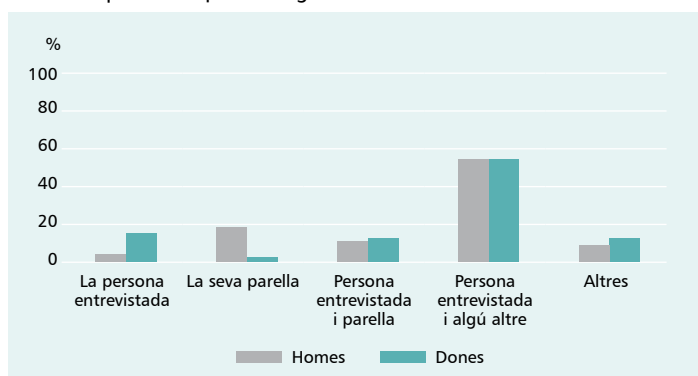
Les diferències de gènere en el temps de treball domèstic no es redueixen significativament entre les generacions més joves. En les persones de 16 a 24 anys ocupades i que viuen en parella, un grup poc nombrós, no hi ha diferències de dedicació entre homes i dones, probablement perquè la majoria no tenen criatures. La distància entre els dos sexes, però, canvia molt poc entre els grups de 25 a 44 anys i de 45 a 64 (figura 68).

Encara que hi ha una divisió sexual de rols en l'àmbit familiar, amb les dones com a principals encarregades de les tasques domèstiques i de cura dels membres de la unitat familiar i els homes com a sustentadors econòmics principals de la llar, a Barcelona, l'increment en el nombre de criatures no s'associa amb un augment d'hores del treball remunerat entre els homes, mentre que en les dones s'observa una petita reducció (figura 69).

Les diferències de gènere en el temps de treball total són insignificants entre les parelles que no conviuen amb fills o filles i entre les de classes més benestants, però s'incrementen a mesura que ho fa el nombre de criatures i entre les classes més desfavorides (figura 70 i figura 71). Si entre els homes amb tres criatures o més la mitjana de temps de treball total és de 53,2 hores, entre les dones en la mateixa situació és de 61,4. El temps de treball total entre els homes de classes IV-V és de 53,8 hores i el de les dones de 54,5.

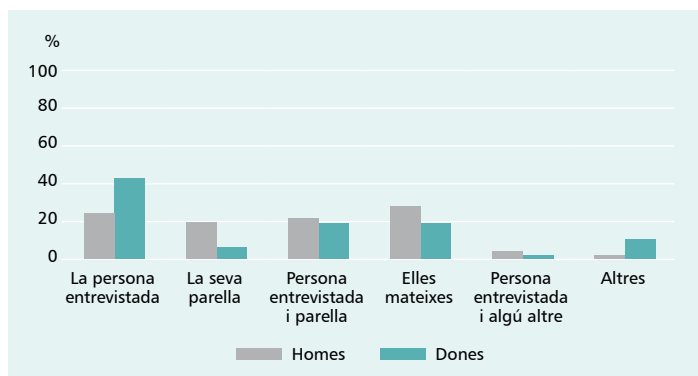
En el nostre entorn, quan les dones s'han de fer càrrec de les responsabilitats familiars, no només tenen una contribució escassa de les seves parelles a les tasques domèstiques, sinó que, a més, viuen en un context en què

Figura 63. Cura de les persones majors de 65 anys en població ocupada casada o que viu en parella segons el sexe



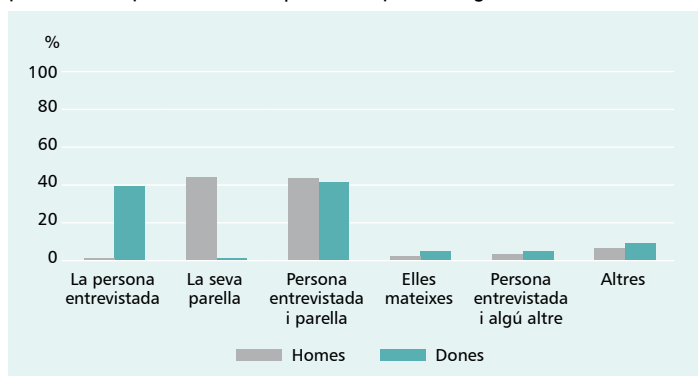
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 64. Cura de les persones amb discapacitat en població ocupada casada o que viu en parella segons el sexe



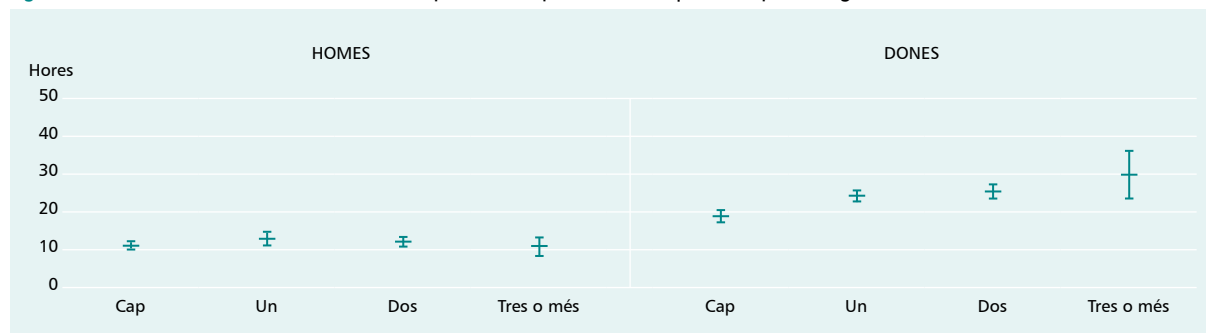
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 65. Responsabilitat principal de les tasques domèstiques en població ocupada casada o que viu en parella segons el sexe



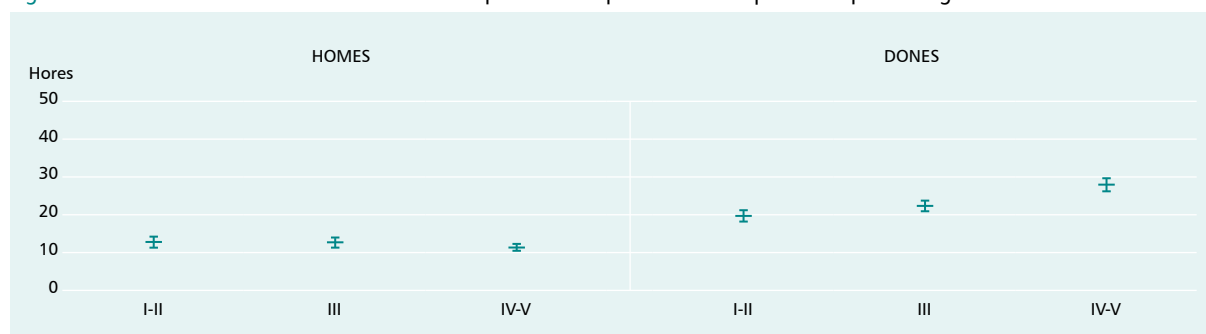
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 66. Hores setmanals de treball domèstic en població ocupada casada o que viu en parella segons el nombre de fills o filles a la llar i el sexe



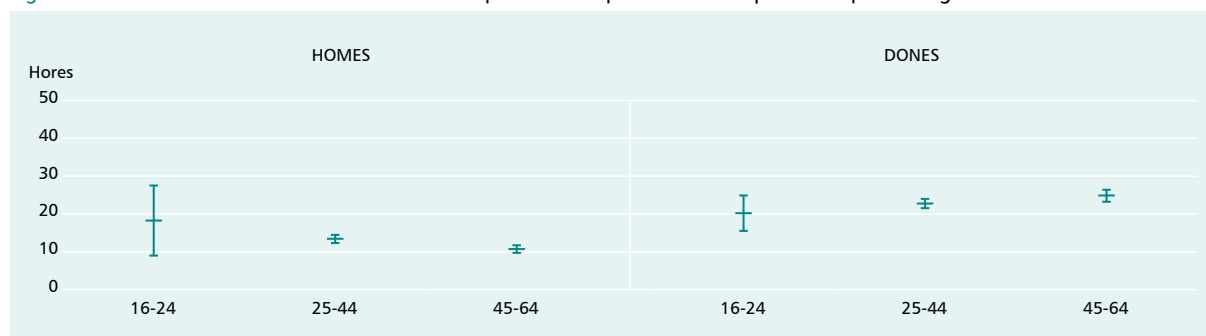
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 67. Hores setmanals de treball domèstic en població ocupada casada o que viu en parella segons la classe social i el sexe



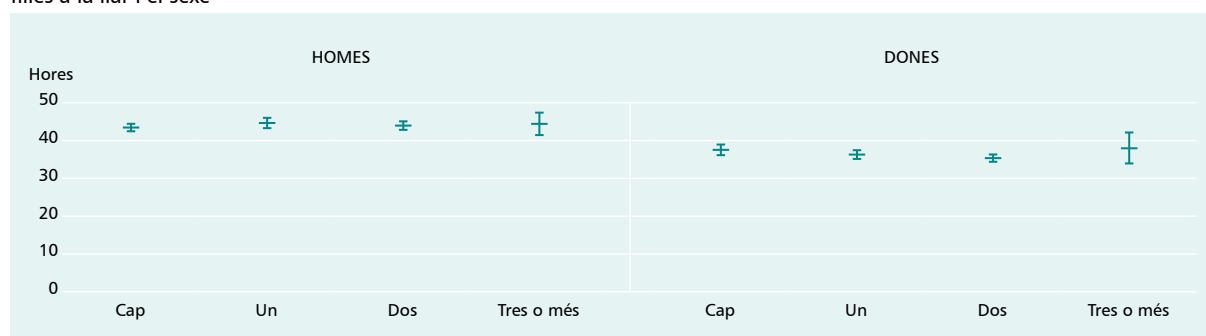
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 68. Hores setmanals de treball domèstic en població ocupada casada o que viu en parella segons l'edat i el sexe

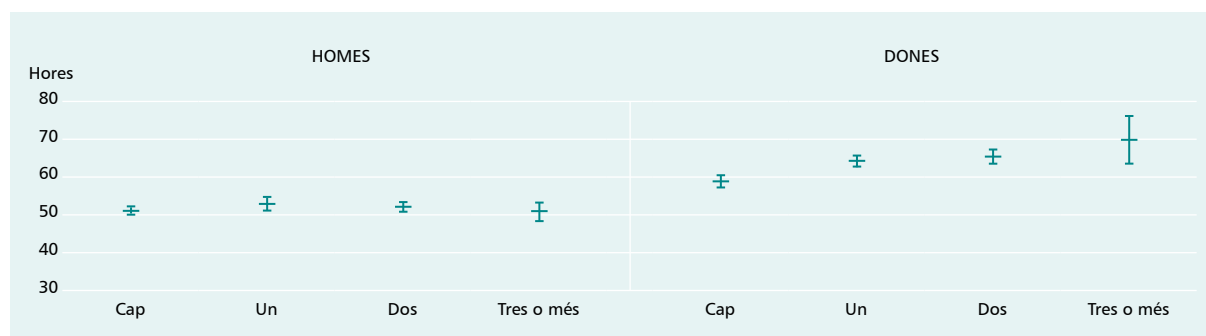


Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

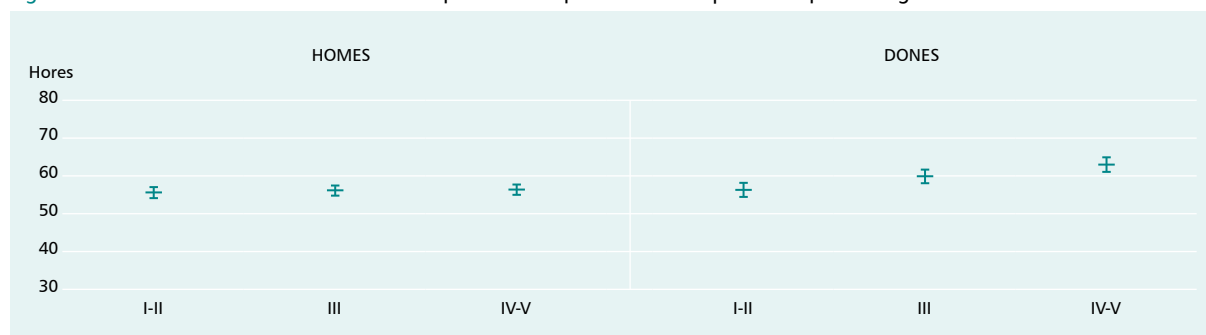
Figura 69. Hores setmanals de treball remunerat en població ocupada casada o que viu en parella segons el nombre de fills o filles a la llar i el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 70. Hores setmanals de treball total en població ocupada casada o que viu en parella segons el nombre de fills o filles a la llar i el sexe

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 71. Hores setmanals de treball total en població ocupada casada o que viu en parella segons la classe social i el sexe

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

els recursos públics per a la cura de les persones dependents són molt escassos.⁵² El problema de la conciliació de la vida laboral i familiar sorgeix en intentar compaginar les dues esferes tradicionalment separades en el model clàssic, la família i el treball remunerat, sense que s'hagi completat la transició cap a un model nou sustentat en un repartiment equilibrat dels papers dels homes i de les dones en l'àmbit familiar i uns recursos comunitaris suficients per a la cura de les persones dependents.

Segons el tercer informe Randstad, *Qualitat del treball a l'Europa dels quinze: les polítiques de conciliació*⁵⁴, a Espanya els convenis col·lectius parteixen del concepte de família tradicional; no regulen la jornada de treball; penalitzen salarialment la dedicació familiar; l'organització del treball no té en compte la conciliació; pràcticament no es tenen en compte permisos no previstos en els textos legals, però importants per a la conciliació; en matèria d'excedències, de

reducció de jornada, de permisos per a la lactància o per naixement de fills prematurs no milloren la normativa existent; els ajuts per a fills o filles amb discapacitats es concedeixen en molt pocs casos i les preferències per a l'assignació de vacances no tenen en compte criteris de conciliació. Les mesures dissenyades per fomentar el benestar de les dones, que pretenen corregir els efectes d'una realitat social en què aquestes suporten la majoria de les càrregues familiars, poden alimentar la discriminació en el mercat de treball perquè incentiven la contractació de persones amb menys probabilitats d'agafar baixes i permisos, de manera que s'aconsegueixen efectes contraris als perseguits.

2.2. L'estat de salut

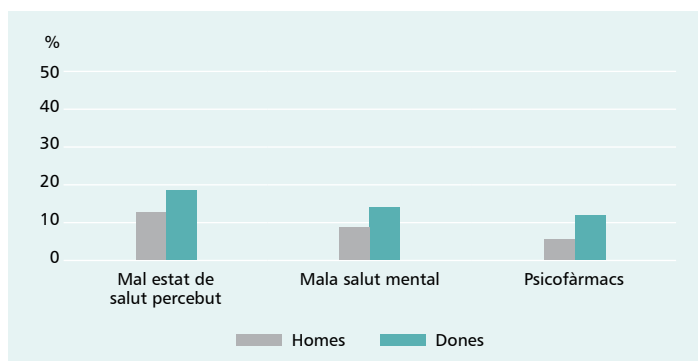
Les desigualtats de gènere en el treball domèstic tenen conseqüències sobre la salut de les dones. Estudis duts a terme en diferents indrets d'Espanya com Catalunya,^{55,56} el País Basc,⁵⁷ Navarra⁵⁸ i València⁵⁹ evidencien l'impacte negatiu de la doble jornada en diferents indicadors de salut en les dones, però no posen de manifest cap associació entre els homes. A més, a Catalunya i al País Basc s'ha documentat que aquest efecte es limita a les treballadores de les classes més desfavorides. Aquesta troballa suggereix que les dones de classes benestants, quan intenten compaginar la vida laboral i la familiar, poden pagar els

recursos necessaris per fer-ho, mentre que les menys benestants sembla que financen la conciliació amb la seva pròpia salut. Qüestionaria, a més, les polítiques de conciliació o de famílies nombroses basades en beneficis econòmics fixos que no tenen en compte la situació econòmica de la unitat familiar.

A Catalunya, s'ha documentat que entre les treballadores que viuen en parella, la convivència amb persones majors de 65 anys té un efecte protector sobre la seva salut, especialment entre les dones de classes més desfavorides, cosa que es podria explicar perquè fan part de la feina de la llar que d'altra manera la majoria haurien d'afrontar soles.⁵⁵ També en el nostre entorn s'ha observat l'efecte positiu per a la salut de les dones, però no per a la dels homes, de disposar d'una persona contractada per a les tasques domèstiques.⁵⁶ Aquestes troballes il·lustren l'efecte positiu de la reducció de la quantitat de treball domèstic i familiar per a la salut de les dones.

A continuació s'analitzen les diferències de gènere en tres indicadors de salut: l'estat de

Figura 72. Població ocupada casada o que viu en parella amb mal estat de salut percebut, mala salut mental i consum de psicofàrmacs segons el sexe

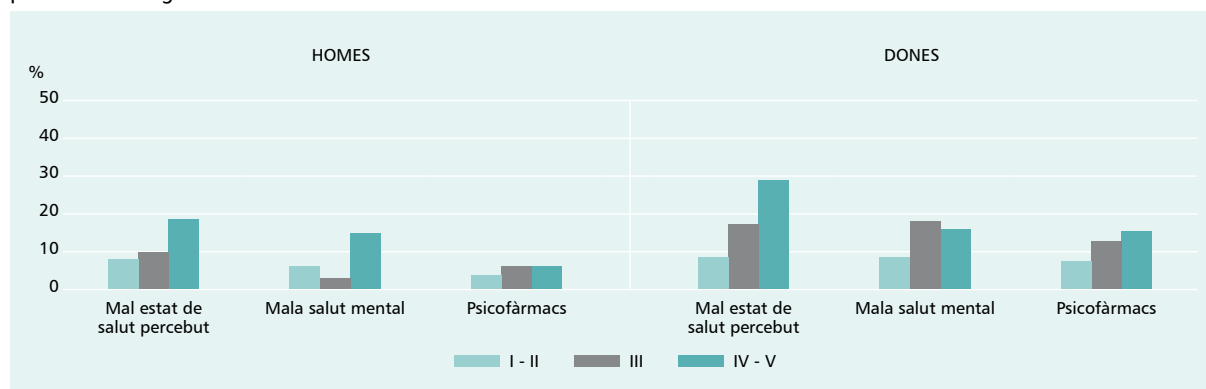


Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

salut percebut, la salut mental i el consum de psicofàrmacs. Com s'aprecia a la figura 72, la situació és pitjor per a les dones en els tres indicadors de salut.

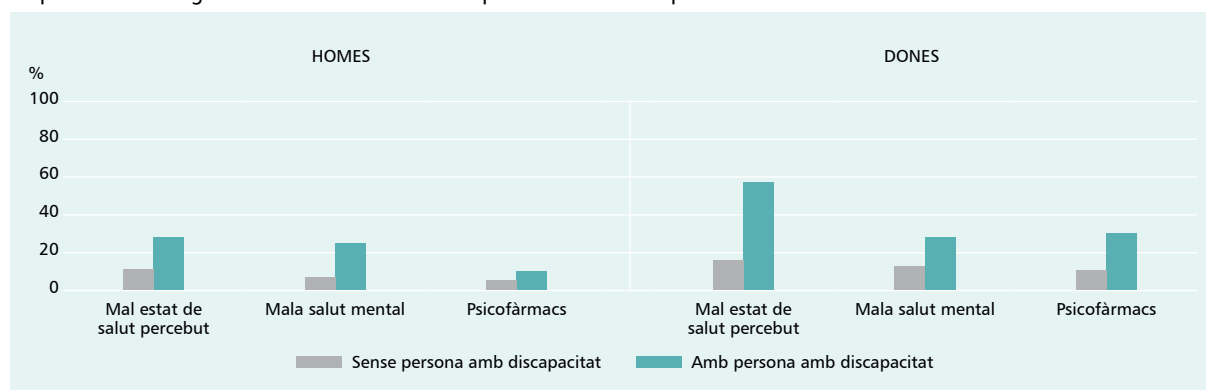
En els dos sexes, la freqüència de mal estat de salut percebut i de mal estat de salut mental s'incrementa entre les classes socials més desfavorides. A més, entre les dones també ho fa el consum de psicofàrmacs (figura 73).

Figura 73. Població ocupada casada o que viu en parella amb mal estat de salut percebut, mala salut mental i consum de psicofàrmacs segons la classe social i el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 74. Població ocupada casada o que viu en parella amb mal estat de salut percebut, mala salut mental i consum de psicofàrmacs segons la convivència o no amb persones amb discapacitat i el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

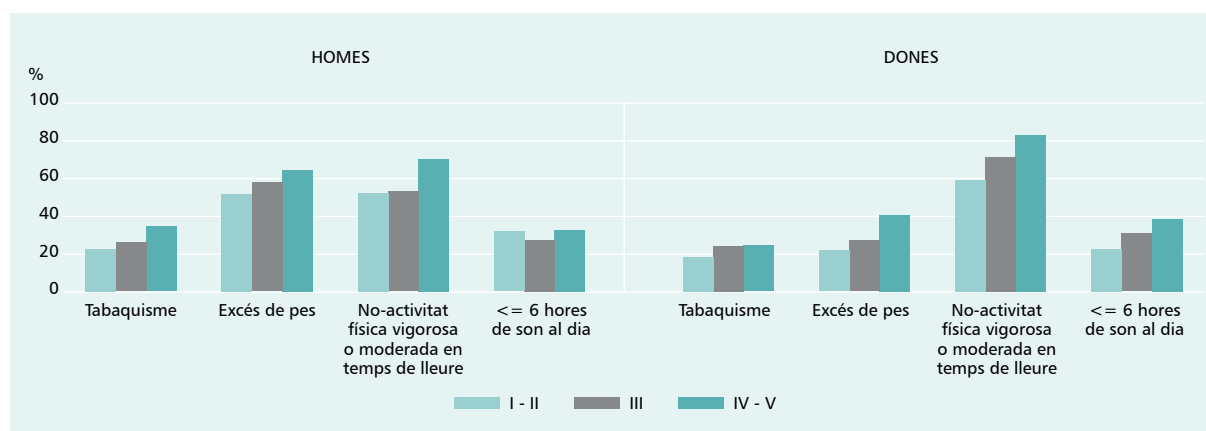
Pel que fa a la relació entre les característiques de la unitat familiar (grandària de la llar, convivència amb menors o amb persones amb discapacitat), la convivència amb persones amb discapacitat és la variable associada de forma més consistent amb els indicadors de salut analitzats. En ambdós sexes, la freqüència de mal estat de salut percebut i de mal estat de salut mental són superiors entre els que viuen amb una persona amb discapacitat. A més, entre les dones el percentatge de consum de psicofàrmacs també és superior (figura 74).

2.3. Els comportaments relacionats amb la salut

En la població analitzada no hi ha diferències de gènere en la proporció de persones que dormen sis hores o menys al dia (31,1%). En canvi, la proporció de persones que no fan activitat física moderada o vigorosa en el temps de lleure és superior entre les dones (71,8% de les dones i 60,1% dels homes), mentre que la freqüència del tabaquisme (56,5% i 30,0%, respectivament) i de l'excés de pes (28,6% i 22,7%, respectivament) ho són entre els homes.

Només entre les dones, l'excés de pes és l'única situació associada amb una característica de la unitat familiar, la convivència amb persones amb discapacitat (53,6% de les dones que hi viuen per 28,4% de les que no). En els dos sexes el tabaquisme, el sedentarisme i l'excés de pes són més freqüents entre les persones de classes desfavorides. A més, mentre que en els homes les hores de son no s'associen amb la classe social, entre les dones dormir sis hores o menys al dia és més freqüent entre les treballadores manuals (figura 75).

Figura 75. Comportaments relacionats amb la salut en població ocupada casada o que viu en parella segons la classe social i el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

3. Mestresses de casa i dones ocupades

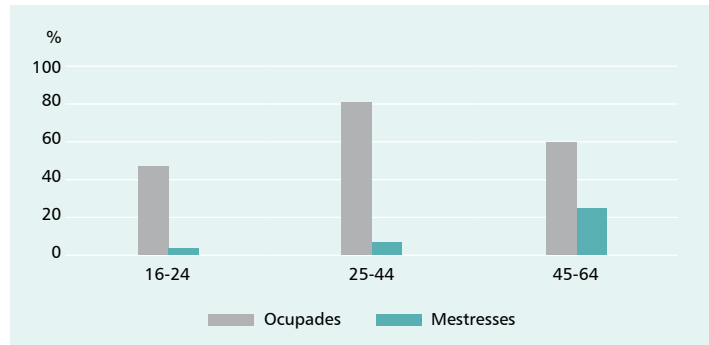
En aquesta secció s'analitzen les diferències en el treball i en l'estat de salut entre mestresses de casa i dones ocupades de 16 a 64 anys casades o que viuen en parella. El nivell socioeconòmic es mesura amb el nivell d'estudis en comptes de fer-ho amb la classe social ocupacional per tal d'evitar que, en el cas de les mestresses de casa que no han estat mai dins del mercat laboral, el nivell socioeconòmic no sigui el propi sinó la classe social de la seva parella.

Ser mestressa de casa és més freqüent entre les dones més grans (figura 76) i les de menys nivell d'estudis (figura 77).

Pel que fa a les característiques de la unitat familiar, el 23% conviu amb fills o filles a casa, sense diferències segons la situació laboral. En canvi, conviure amb persones majors de 65 anys és més freqüent entre les mestresses de casa (26,5% i 7,4%) i també ho és la convivència amb persones amb discapacitat (14,3% i 6,7%). Les dones ocupades tenen amb més freqüència una persona contractada per a les feines de la llar (28,5% i 10,2%).

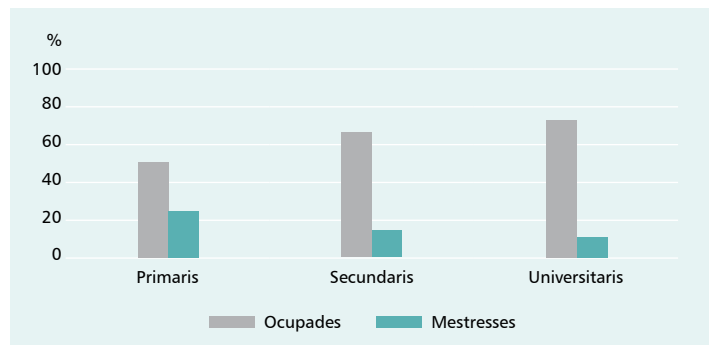
El paper de les dones ocupades i de les mestresses de casa a la llar és diferent, tal com s'aprecia a les figures següents. Les mestresses de casa s'encarreguen amb molta més freqüència que les dones ocupades de la responsabilitat principal de les tasques domèstiques (figura 81) i de la cura de les persones menors de 15 anys (figura 78). Les diferències són més petites pel que fa a la cura de les persones majors de 65 anys (figura 79) i quasi inexistent en la cura de les persones amb discapacitat (figura 80). En aquest últim cas, el 48,5% de les mestresses de casa i el 42,6% de les ocupades afirmen encarregar-se fonamentalment d'aquesta tasca. La proporció de les que diuen que la principal responsable és la seva parella és molt baixa: el 6,4% de les ocupades i el 3% de les mestresses de casa.

Figura 76. Mestresses de casa i dones ocupades segons la situació laboral i l'edat



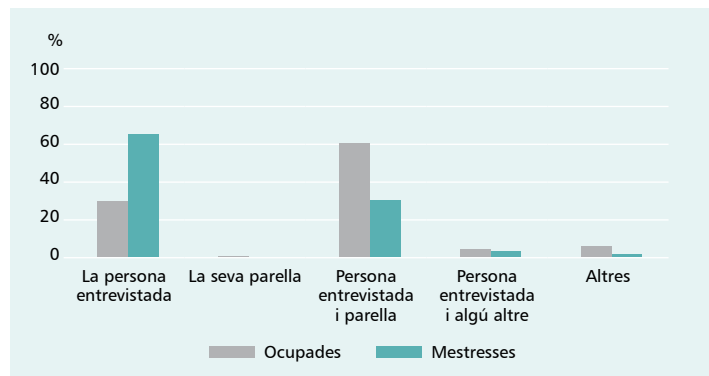
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 77. Mestresses de casa i dones ocupades segons la situació laboral i el nivell d'estudis



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 78. Cura de les persones menors de 15 anys en mestresses de casa i dones ocupades segons la situació laboral



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

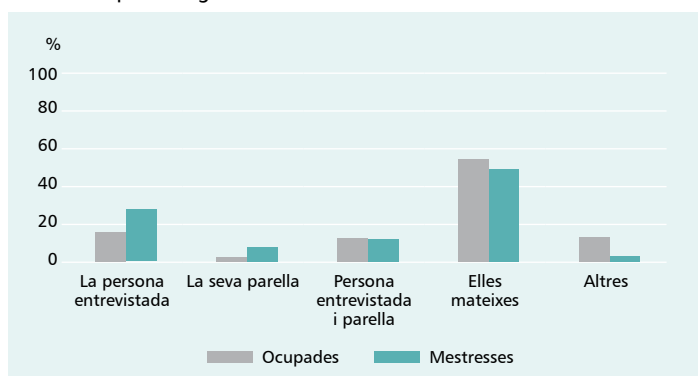
Òbviament, el temps de treball domèstic és significativament superior entre les mestresses de casa, amb una mitjana de 31,8 hores setmanals per 18,3 entre les dones ocupades. Ara bé, el temps de treball total és molt més alt entre les dones ocupades: 54,6 hores per 31,8. En els dos grups, el nombre d'hores, tant de treball domèstic com de treball total setmanal, s'incrementa amb el nombre de fills o filles a casa (figura 82 i figura 84). Per exemple, les dones ocupades que tenen tres o més fills dediquen 68,1 hores setmanals al total de treball. Entre les dones ocupades també s'incrementen el treball domèstic i el total en disminuir el nivell d'estudis (figura 83 i figura 85) i són les dones amb estudis primaris les que hi tenen una dedicació més gran (per exemple, dediquen al conjunt de les dues feines 63 hores setmanals).

3.1. L'estat de salut

Nombrosos estudis han documentat un millor estat de salut entre les dones ocupades que entre les mestresses de casa.^{60,61,62,63} Alguns dels beneficis que s'associen al treball remunerat són les oportunitats per desenvolupar l'autoestima i la confiança en la pròpia capacitat de decidir, el suport social per a persones que d'altra manera estarien aïllades i la vivència d'experiències que proporcionen satisfacció.⁶⁴ A més, el salari aporta a les dones independència econòmica i incrementa el seu poder en la unitat familiar. L'excés de feina i les dificultats per compaginar la vida laboral i familiar, però, poden tenir un efecte negatiu en la salut de les dones ocupades, sobretot les de nivell socioeconòmic més desfavorit.⁵⁵ Alguns estudis han revelat que l'augment de la dedicació a les tasques domèstiques està associat a un estat de salut més dolent entre les dones, mentre que el temps dedicat a la cura de criatures no ho està.^{9,65} D'altra banda, s'ha documentat que disposar d'una persona contractada per a les tasques domèstiques és positiu per a les dones que han de compaginar responsabilitats familiars i laborals.⁶⁶

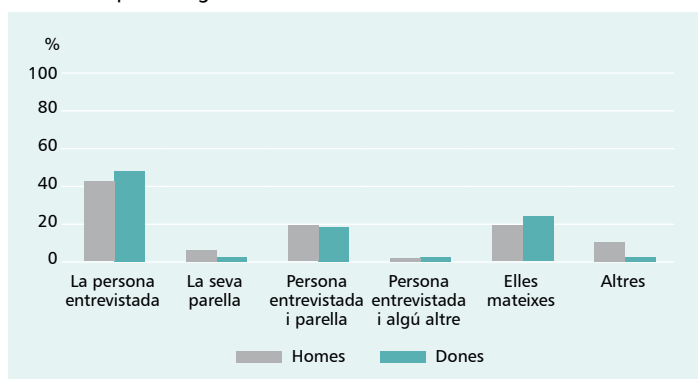
A continuació s'analitzen tres indicadors de salut: l'estat de salut percebut, la salut mental i el consum de psicofàrmacs segons la situació laboral en el col·lectiu de dones de 16 a 64 anys ocupades o mestresses de casa que estan casades o que viuen en parella.

Figura 79. Cura de les persones majors de 65 anys en mestresses de casa i dones ocupades segons la situació laboral



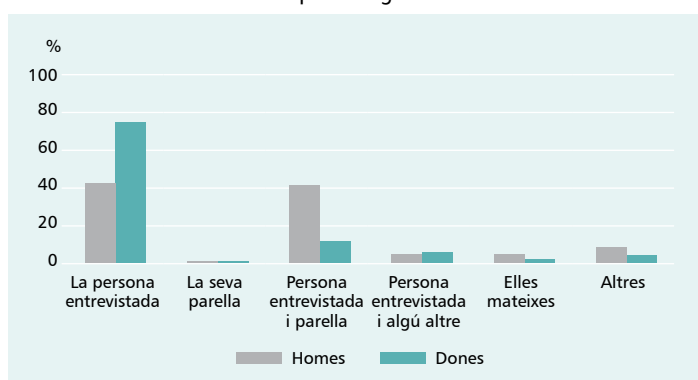
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 80. Cura de les persones amb discapacitat en mestresses de casa i dones ocupades segons la situació laboral



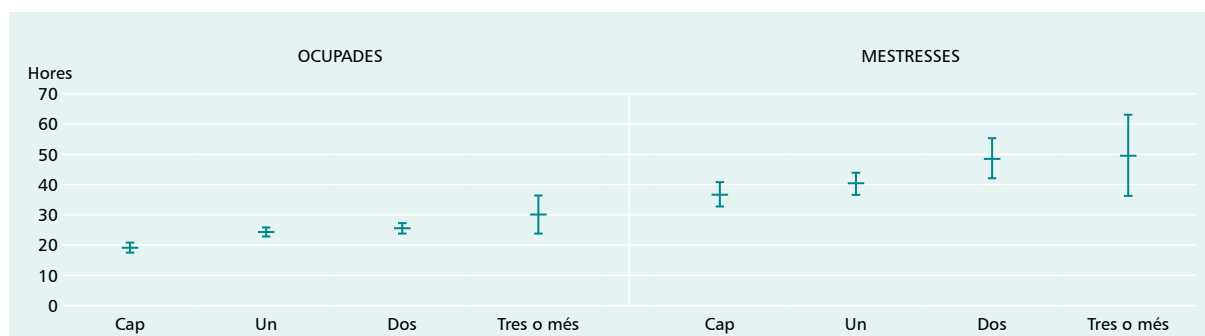
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 81. Responsabilitat principal de les tasques domèstiques en mestresses de casa i dones ocupades segons la situació laboral



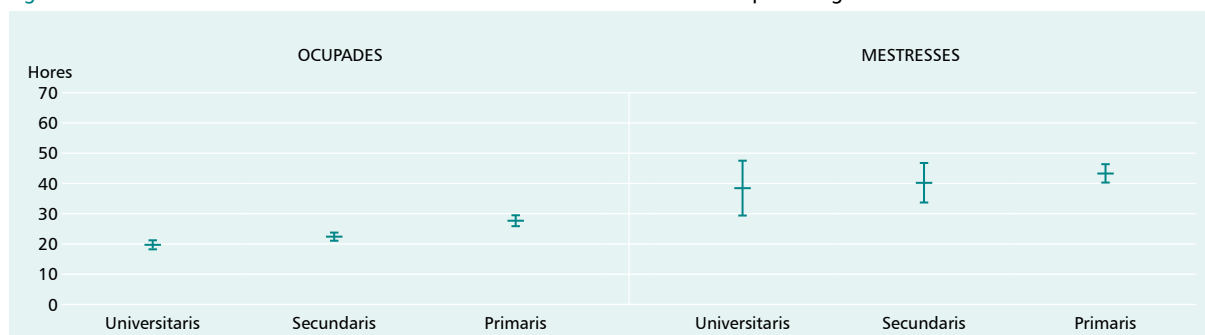
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 82. Hores setmanals de treball domèstic en mestresses de casa i dones ocupades segons el nombre de fills o filles a la llar i la situació laboral



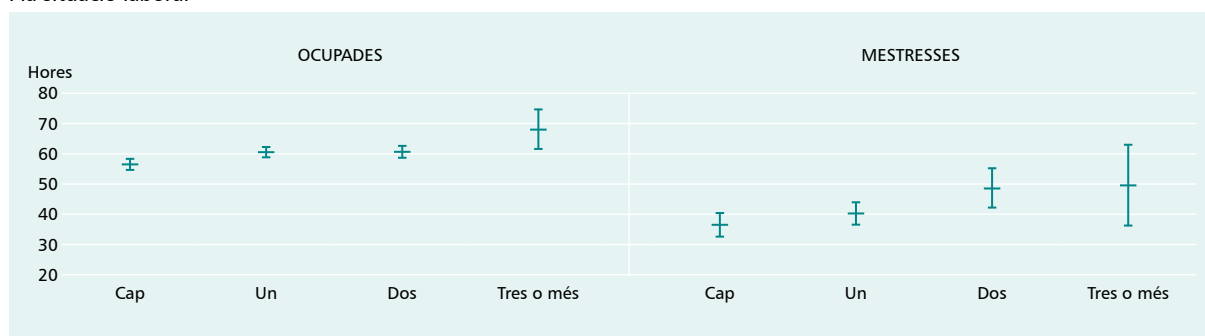
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 83. Hores setmanals de treball domèstic en mestresses de casa i dones ocupades segons el nivell d'estudis i la situació laboral



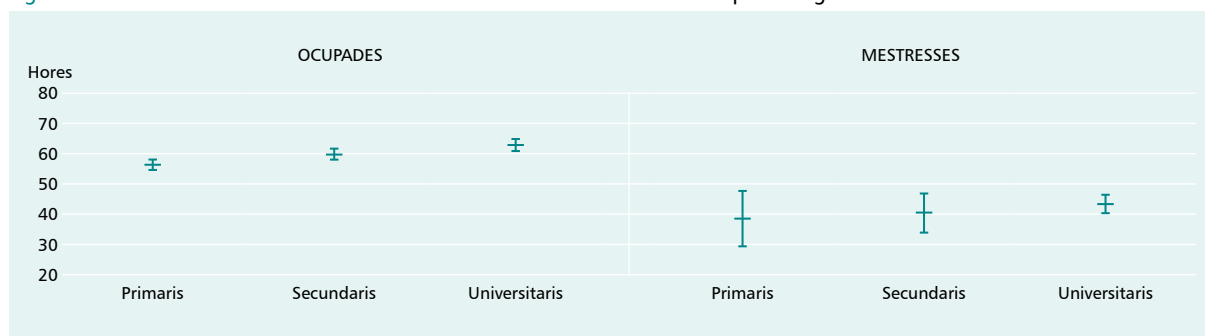
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 84. Hores setmanals de treball total en mestresses de casa i dones ocupades segons el nombre de fills o filles a la llar i la situació laboral



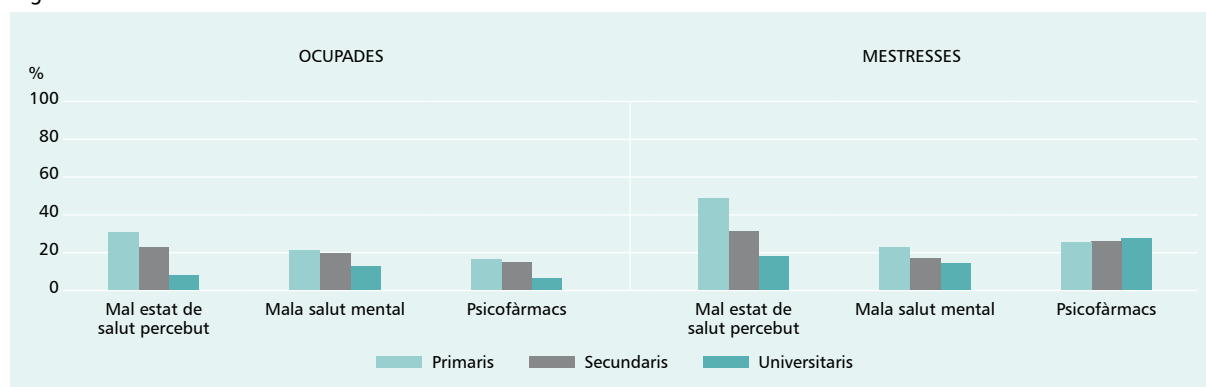
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 85. Hores setmanals de treball total en mestresses de casa i dones ocupades segons el nivell d'estudis i la situació laboral



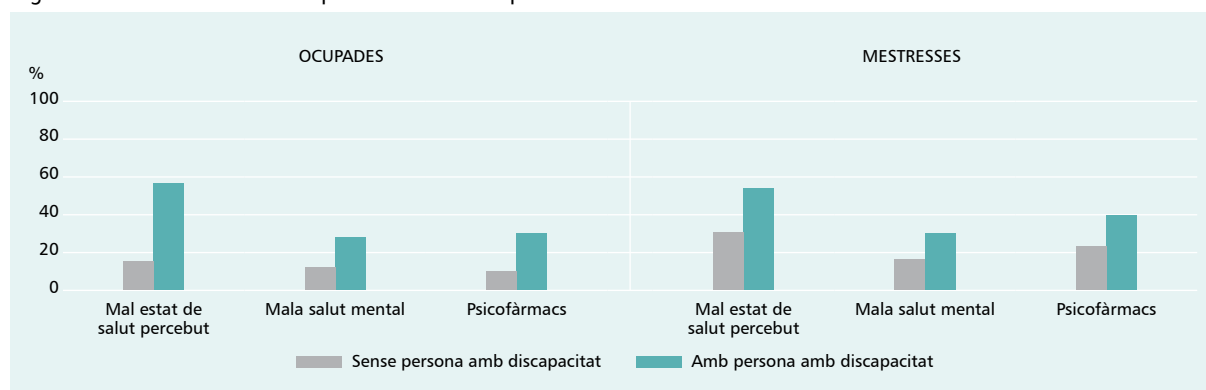
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 86. Mestresses de casa i dones ocupades amb mal estat de salut percebut, mala salut mental i consum de psicofàrmacs segons el nivell d'estudis i la situació laboral



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Figura 87. Mestresses de casa i dones ocupades amb mal estat de salut percebut, mala salut mental i consum de psicofàrmacs segons la convivència o no amb persones amb discapacitat i la situació laboral



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

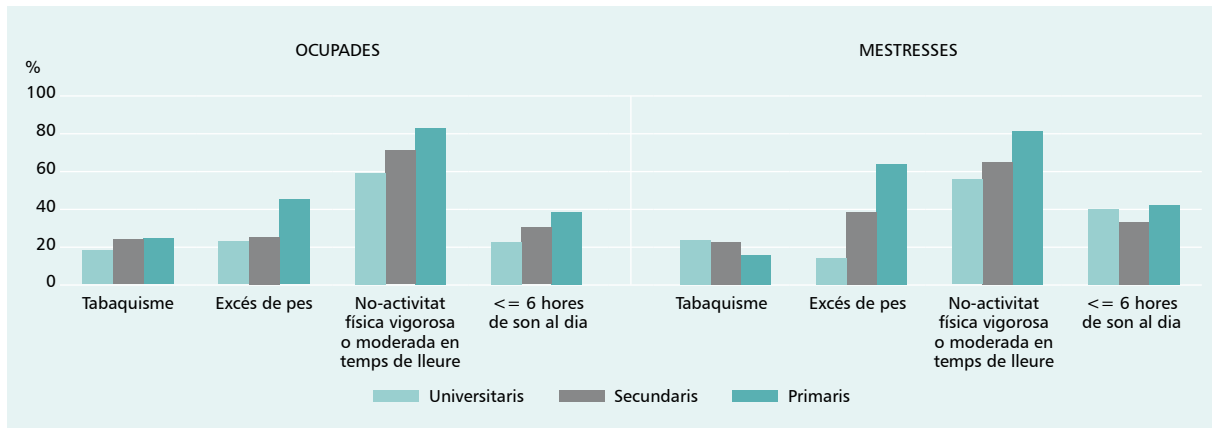
Tenint en compte les diferències d'edat i nivell d'estudis entre mestresses de casa i ocupades, no hi ha diferències ni en l'estat de salut percebut ni en l'estat de salut mental, però la freqüència de consum de psicofàrmacs és superior entre les mestresses de casa. Mentre que en les dones ocupades els tres indicadors de salut s'associen amb el nivell d'estudis, en les mestresses de casa només s'observa associació amb l'estat de salut percebut (figura 86). D'altra banda, en els dos col·lectius, conviure amb una persona amb discapacitat s'associa amb un estat de salut percebut i de salut mental pitjors i amb un consum de psicofàrmacs més alt (figura 87).

3.2. Els comportaments relacionats amb la salut

No hi ha diferències en la freqüència de tabaquisme (21,7%), sedentarisme (72,5%) ni en la de dormir sis hores o menys al dia (32,9%) entre dones ocupades i mestresses de casa. La freqüència d'excés de pes, però, és superior entre les mestresses de casa (53,1% i 30,7%, respectivament).

Tant entre les dones ocupades com en les mestresses de casa, el percentatge d'excés de pes, de sedentarisme durant el temps de lleure i de dormir sis hores o menys al dia s'incrementa entre les que tenen un nivell d'estudis més baix. Hi ha un patró de nivell socioeconòmic diferent amb relació al tabac. Mentre que en les dones ocupades la freqüència és superior entre les que tenen un nivell d'estudis més baix, en les mestresses de casa succeeix el contrari.

Figura 88. Comportaments relacionats amb la salut en mestresses de casa i dones ocupades segons el nivell d'estudis i la situació laboral



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Si entre les dones ocupades l'excés de pes és l'única variable associada amb la convivència amb persones amb discapacitat (el 53,6% de les que hi conviuen tenen excés de pes pel 28,4% de les que no hi conviuen), entre les mestresses de casa ho és dormir sis hores o menys al dia (55,6% per 37,1%).

Conclusions

1. Població de 16 a 64 anys, una població activa. A Barcelona la majoria de la població de 16 a 64 anys és població activa, amb un percentatge superior entre els homes i unes taxes d'atur similars en els dos sexes. Per tant, el treball és un element fonamental que cal considerar en les polítiques de salut adreçades a la població d'aquest grup d'edat.

2. Mercat laboral dominat pel sector dels serveis. Més de tres quartes parts de la població ocupada de la ciutat treballen en el sector dels serveis, una proporció molt superior a la de la resta de Catalunya, sobretot entre els homes.

3. Segregació de gènere en el mercat laboral. Hi ha una segregació de gènere horitzontal (les ocupacions dels homes i de les dones són diferents i el ventall d'ocupacions de les dones és inferior) i vertical (les dones continuen exposades al "sostre de vidre") que es tradueix en condicions de treball diferents i desiguals.

4. Condicions de treball més dolentes en la població treballadora manual. En general, l'atur i la inestabilitat laboral són superiors i les condicions de treball pitjors entre els treballadors i les treballadores manuals. Cal destacar l'elevada inestabilitat laboral de les persones nascudes en països en desenvolupament.

5. Alguns riscos laborals són molt freqüents, especialment en les classes socials menys benestants i les ocupacions manuals. Els moviments repetitius i alguns riscos psicosocials com la monotonia en la feina i la manca d'autonomia són molt freqüents en la població ocupada, sobretot en les classes menys benestants i en general en personal qualificat de la indústria i la construcció, personal no qualificat i operador d'instal·lacions i maquinària; en alguns casos també hi està més exposat el personal dels serveis i el comerç.

6. Més insatisfacció amb les condicions de treball en les classes més desfavorides. El 16,2% de la població ocupada està insatisfeta amb les seves condicions de treball, sobretot les persones de les classes IV-V (20,5% dels homes i 23,9% de les dones).

7. Patró de salut laboral relacionada amb el treball remunerat diferent del de la resta de Catalunya. La terciarització del mercat laboral determina un patró de salut relacionada amb el treball remunerat diferent del d'altres territoris del país, amb una incidència més reduïda de LAT en jornada laboral i un paper molt rellevant dels problemes musculoesquelètics i psicosocials.

8. Estat de salut més dolent entre les dones i les classes més desfavorides. En general, els indicadors de salut són més desfavorables per a les dones (excepte

les LAT) i les persones de classes més desfavorides. La freqüència de mal estat de salut en algunes ocupacions manuals és molt alta, com per exemple les dones en ocupacions no qualificades respecte als indicadors de salut més globals: estat de salut percebut, salut mental i trastorns crònics. Entre el personal de serveis i comerç, les diferències de gènere en la majoria de trastorns de salut són considerables.

9. Conductes relacionades amb la salut amb diferent patró de gènere i menys saludables en les classes menys benestants. El tabaquisme i l'excés de pes són més freqüents entre els homes, no hi ha diferències de gènere en el nombre d'hores de son i la prevalença de sedentarisme és superior en les dones. En els dos sexes, l'excés de pes i el sedentarisme són més habituals en les classes socials més desfavorides. L'hàbit tabàquic entre els homes i la manca d'hores de son entre les dones també són conductes més freqüents en les classes socials menys benestants. Les dones en ocupacions no qualificades són un grup amb elevada freqüència de conductes poc saludables.

10. Persisteix la divisió sexual del treball remunerat i no remunerat; a més, les dones dediquen més temps a les tasques domèstiques i familiars en augmentar el nombre de criatures, temps que també és superior entre les de classes menys benestants. La divisió sexual del treball es fa palesa en el nombre d'hores dedicat per homes i dones al treball remunerat, superior entre els homes, i al domèstic i familiar, més alt entre les dones, fins i tot si aquestes tenen una feina remunerada. El temps de treball total és superior en les dones. Mentre que el nombre de fills o filles a la llar no s'associa al temps de treball remunerat o domèstic i familiar en els homes, entre les dones el temps dedicat al treball domèstic i familiar s'incrementa de forma lineal amb el nombre de criatures i, especialment, entre les de les classes més desfavorides; en els homes, en canvi, la dedicació és superior en els que tenen un nivell més alt de formació.

11. La convivència amb persones amb discapacitat s'associa a un estat de salut més dolent. Conviure amb una persona amb discapacitat s'associa de forma consistent amb diferents indicadors de salut en ambdós sexes.

12. Alguns comportaments poc saludables són més freqüents entre les mestresses de casa. Encara que no hi ha diferències en l'estat de salut percebut, estat de salut mental, tabaquisme, sedentarisme o hores de son entre mestresses de casa i dones ocupades, la prevalença de consum de psicofàrmacs i d'excés de pes és superior en les mestresses de casa.

Propostes per als serveis públics de la ciutat

Informació

- Incorporar variables clau per a l'anàlisi de la salut laboral al sistema d'informació del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona, per exemple:
 - Seguretat Social: dades d'afiliació desagregades per sexe, ocupació, tipus de contracte i país d'origen.
 - EPA: principals indicadors desagregats per ocupació (o classe) i país d'origen.
- Elaborar informes anuals sobre la salut laboral a Barcelona amb les dades procedents dels sistemes d'informació rutinaris. A més, elaborar un informe de salut laboral més detallat quan estiguin disponibles les dades de les enquestes de salut de la ciutat que es fan periòdicament.
- Elaborar estudis específics de salut laboral en poblacions o situacions vulnerables (precarietat, serveis, comerç i neteja, immigració, treball no remunerat, treball informal...).
- Incloure el treball remunerat i el no remunerat en els informes de salut laboral.
- Contribuir a la millora de la notificació de MP i malalties relacionades amb el treball a Barcelona.

Intervenció

- Contribuir a la determinació de prioritats d'intervenció de les administracions competents en prevenció de riscos laborals amb relació als col·lectius més desfavorits, per exemple:
 - Intervenció de la Inspecció de Treball en ocupacions (o activitats econòmiques) seleccionades, tant per a la vigilància del compliment de la normativa de riscos laborals com de les condicions de treball relacionades amb la salut, per exemple el treball sense contracte i les jornades de treball llargues no retribuïdes o no desitjades.
 - Intervenció de l'autoritat sanitària i de treball en el control de la vigilància de la salut dels col·lectius més desfavorits, incloent-hi el disseny d'estratègies específiques de captació, seguiment i avaluació.
 - Promoció de la discussió entre tots els agents implicats en la salut laboral respecte a possibles intervencions en els col·lectius exclosos de la prevenció de riscos laborals (incloent-hi la vigilància de la salut) i l'assistència sanitària laboral: treball sense contracte, treballadors autònoms (sobretot dependents), neteja, hoteleria...
- Oferir assessorament en riscos psicosocials a les empreses ubicades a la ciutat.

- Oferir suport a les persones cuidadores d'altres persones amb discapacitat.

Recerca

- Promoure la recerca dels determinants socials de la salut relacionats amb el treball remunerat i no remunerat.
- Promoure la recerca dels riscos laborals del treball no remunerat.

Sensibilització i estímul de la intersectorialitat

- Difondre els resultats dels estudis generals i específics de salut laboral entre els agents implicats en salut laboral de Barcelona.
- Difondre els resultats d'aquest informe als agents d'altres àmbits geogràfics per tal d'aportar dades que contribueixin al coneixement de la relació entre el treball i la salut, així com a la presa de decisions relacionades, per exemple, respecte a la Directiva Europea del Temps de Treball.
- Incloure els determinants de la salut laboral en les polítiques de salut i dels efectes en la salut de les polítiques que incideixen sobre els determinants de la salut laboral. Per exemple, que les polítiques d'ocupació tinguin en compte l'impacte de l'atur, del cobrament de prestacions econòmiques d'atur i de la temporalitat en l'estat de salut.
- Contribuir a la sensibilització i coordinació de les diferents institucions públiques i privades i altres agents socials amb competències sobre els determinants de la salut laboral (treball, medi ambient, educació, sanitat, transport, gènere, immigració...).
- Contribuir a la sensibilització sobre la incorporació de la perspectiva de gènere i classe social (desigualtats socials en salut relacionades amb el treball) a les activitats relacionades amb la prevenció de riscos laborals.
- Promoure la reflexió sobre el temps de treball en el context dels usos del temps, amb relació a possibles situacions conflictives, per exemple entre l'ampliació de l'horari dels serveis a la ciutadania i l'impacte en salut de les jornades no estàndard dels treballadors i treballadores d'aquests serveis, o entre la incorporació de les tecnologies de la informació que permeten el treball remunerat al propi domicili i la prevenció de riscos laborals.
- Incloure els efectes en la salut del treball no remunerat en les polítiques adreçades a disminuir les desigualtats de gènere.
- Promoure la distribució equitativa de la dedicació al treball no remunerat entre homes i dones.

Annexos

Annex 1. Ocupacions més freqüents en la població ocupada en les diferents categories de classe social segons l'ESB06

Taula 2. Ocupacions més freqüents incloses en les classes I-II segons el sexe

Homes		Dones	
CCO a tres dígits	%	CCO a tres dígits	%
Directors d'àrees i departaments especialitzats	9,1	Professores d'ensenyament primari i infantil	11,2
Professionals tècnics d'informàtica	6,0	Infermeres	9,9
Gerents d'altres empreses amb menys de 10 assalariats	5,2	Professionals de l'organització i l'administració d'empreses	6,4
Professionals de l'organització i l'administració d'empreses	5,0	Professores d'ensenyament secundari	5,4
Escriptors i artistes de la creació i la interpretació	4,2	Metgesses i odontòlogues	5,3
Advocats i fiscals	4,2	Sociòlogues, historiadores, filòsofes, filòlogues, psicòlogues i similars	4,3
Professionals del món artístic, l'espectacle i els esports	4,1	Directores d'àrees i departaments especialitzats	4,2
Professors d'ensenyament secundari	4,0	Advocades i fiscals	3,7
Professors d'universitats i altres centres d'ensenyament superior	4,0	Esriptores i artistes de la creació i la interpretació	3,7
Directors generals i presidents executius	3,7	Diplomades en comptabilitat, graduades socials i tècniques d'empresa	3,1
Professionals de la informàtica de nivell superior	3,4	Arquitectes, urbanistes i enginyeres planificadores del trànsit	2,5
Professionals de la informàtica de nivell mitjà	3,2	Professionals de la informàtica de nivell superior	2,4
Delineants i dissenyadors tècnics	3,0	Farmacèutiques	2,2
Enginyers superiors i similars	2,9	Gerents d'altres empreses amb menys de 10 assalariats	2,1
Metges i odontòlegs	2,9	Altres professionals de l'ensenyament	2,0
Arquitectes, urbanistes i enginyers planificadors del trànsit	2,8	Professionals del món artístic, l'espectacle i els esports	2,0
Diplomats en comptabilitat, graduats socials i tècnics d'empresa	2,7	Professores d'universitats i altres centres d'ensenyament superior	2,0
Directors de departaments de producció	2,6		
Gerents d'empreses de restauració amb menys de 10 assalariats	2,2		
Sociòlegs, historiadors, filòsofs, filòlegs, psicòlegs i similars	2,2		
Operadors d'equips òptics i electrònics	2,2		

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Taula 3. Ocupacions més freqüents incloses en la classe III segons el sexe

Homes		Dones	
CCO a tres dígits	%	CCO a tres dígits	%
Representants de comerç i tècnics de vendes	20,2	Auxiliars administratives sense tasques d'atenció al públic	28,0
Auxiliars administratius sense tasques d'atenció al públic	15,2	Professionals de suport de gestió administrativa amb tasques administratives generals	14,6
Auxiliars administratius amb tasques d'atenció al públic	7,6	Auxiliars administratives amb tasques d'atenció al públic	13,5
Professionals de suport d'operacions financeres	6,7	Representants de comerç i tècniques de vendes	9,2
Gerents d'altres empreses sense assalariats	5,9	Auxiliars comptables i financeres	6,6
Empleats de registre de materials, serveis de suport	4,9	Gerents d'altres empreses sense assalariats	3,7
Encarregats de secció d'un comerç i similars	4,2	Encarregades de secció d'un comerç i similars	3,6
Empleats de biblioteques, serveis de correus i similars	3,8	Professionals de suport d'operacions financeres	3,3
Auxiliars comptables i financers	3,6	Tècniques de la sanitat	3,2
Professionals de suport de gestió administrativa amb tasques administratives generals	3,3	Altres tècniques en sanitat no classificades en altres apartats	3,1
Encarregats i caps d'equip d'obres estructurals de la construcció	2,8	Empleades d'informació i recepcionistes d'oficines	2,1
Polícies	2,2		

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

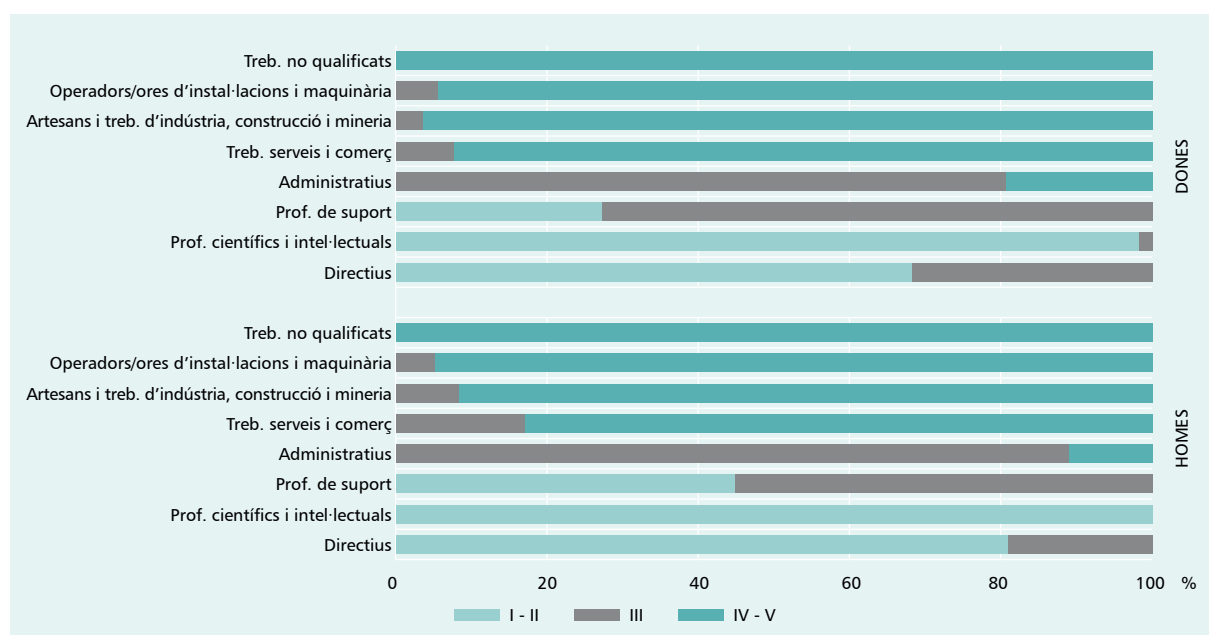
Taula 4. Ocupacions més freqüents incloses en les classes IV-V segons el sexe

Homes		Dones	
CCO a tres dígit	%	CCO a tres dígit	%
Dependents i demostradors de botigues, magatzems, quioscos i mercats	10,7	Dependentes i demostradores de botigues, magatzems, quioscos i mercats	23,7
Cambrers, bàrmans i similars	7,0	Personal de neteja d'oficines, hotels i treballadores similars	13,1
Mecànics i ajustadors de maquinària	6,3	Empleades domèstiques	12,7
Paletes i paredadors	5,7	Empleades d'agències de viatges, recepcionistes d'establiments diferents d'oficines i telefonistes	6,9
Taxistes i conductors d'automòbils i furgonetes	5,3	Cambreres, bàrmans i similars	6,4
Cuiners i altres preparadors de menjar	5,0	Auxiliars d'infermeria i similars	5,9
Mecànics i ajustadors d'equips elèctrics i electrònics	3,9	Cuineres i altres preparadores de menjar	5,3
Peons de la construcció	3,8	Treballadores que es dediquen a la cura de persones i similars	4,8
Peons del transport i descarregadors	3,6	Perruqueres, especialistes en tractaments de bellesa	4,0
Electricistes de la construcció i similars	3,4	Caixeres, taquilleres i altres empleades similars en tracte directe amb el públic	2,5
Altres treballadors d'acabats de la construcció i similars	3,3	Treballadores de les indústries tèxtils, la confecció i similars	2,4
Emmotlladors, soldadors, planxistes, muntadors d'estructures	2,7	Conserges d'edificis, netejavidres i similars	2,3
Personal de neteja d'oficines, hotels i treballadors similars	2,6		
Conductors de camions	2,5		
Vigilants, guardians i similars	2,4		
Conserges d'edificis, netejavidres i similars	2,3		
Operadors d'altres màquines mòbils	2,2		
Peons de les indústries manufactureres	2,0		
Operadors de màquines de treballar metalls i altres productes	2,0		

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Annex 2. Correspondència entre els grups d'ocupació i la classe social

Figura 89. Correspondència entre els grups d'ocupació (CCO a un dígit) i la classe social ocupacional segons el sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

Referències

- 1 Bartley M. Unemployment and ill health: understanding the relationship. *J Epidemiol Comm Health* 1994;48:333-7.
- 2 Whitehead M, Evandrou A, Haglund B, Diderichsen F. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? *BMJ* 1997;315:1006-9.
- 3 Borrell C, Benach J (coord.). *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Informe CAPS-Fundació Jaume Bofill*. Barcelona: Mediterrània; 2005.
- 4 Artazcoz L, Cortès I, Benach J, Benavides FG. Les desigualtats en la salut laboral. A: Borrell C, Benach J (coord.). *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània; 2003:251-282.
- 5 Artazcoz L, Cortès I, Benach J. Les desigualtats en la salut laboral. A: Borrell C, Benach J (coord.). *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània; 2005: 225-259.
- 6 Messing K, Punnett L, Bond M, Alexanderson K, Pyle J, Zahm S, Wegman D, Stock SR, de Groenbois S. Be the fairest of them all: Challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research. *Am J Ind Med* 2003;43:618-629.
- 7 Sorensen G, Verbrugge LM. Women, work, and health. *Ann Rev Public Health* 1987;8:25-51.
- 8 Hall EM. Double exposure: The combined impact of the home and work environments on psychosomatic strain in Swedish men and women. *Int J Health Serv* 1992;22:239-260.
- 9 Hunt K, Annandale E. Just the job? Is the relationship between health and domestic and paid work gender specific? *Sociol Health Illn* 1993;15:632-664.
- 10 Idler E, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38(1):21-37.
- 11 Mossey J, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health*. 1982;72(8):800-8.
- 12 Goldberg D, Cooper B, Eastwood MR, Kedward HB, Shepherd M. A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Br J Prev Soc Med*. 1970;24:18-23.
- 13 Banks MH, Clegg CW, Jackson PR, Kemp NJ, Stafford EM, Wall TD. The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies. *Journal of Occupational Psychology*. 1980;53:187-94.
- 14 Grupo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. *Una propuesta de medida de la clase social*. Aten Primaria. 2000;25:350-63.
- 15 *Anuari estadístic de Barcelona 2008*. Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona; 2008.
- 16 Wirth L. Breaking through the glass ceiling: women in management. [Accés: 31 de juliol de 2008] Disponible a: http://www.gouvernement.lu/salle_presse/actualite/2002/02/04jacobsbiltgen/wirth.pdf.
- 17 The concentration of men and women in sectors of activity.
- 18 Janlert U. Unemployment as a disease and diseases of the unemployed. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23 (suppl. 3):79-83.
- 19 Dooley D, Fielding J, Levi L. Health and unemployment. *Annu Rev Public Health* 1996;17:449-65.
- 20 Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health* 2004;94:82-88.
- 21 Siegrist J. Adverse health effects of high effort-low reward conditions at work. *J Occup Health Psychology*. 1996;1:27- 43.
- 22 Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med*. 2004;58:1483-99.
- 23 Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:761-767.
- 24 Berntsson L, Lundberg V, Krantz G. Gender differences in work-home interplay and symptom perception among Swedish white-collar employees. *J Epidemiol Community Health* 2006 (60),1070-1076.
- 25 Krantz G, Berntsson L, Lundberg V. Total Workload, work stress and perceived symptoms in Swedish male and female white-collar employees. *European Journal of Public Health* 2005, 15(2),209-214.
- 26 Shields. Long-working hours and health. *Perspectives on Labour and Income* 2000, 12(1),49-56.
- 27 Jeffrey. Long working hours, occupational health and the changing nature of work organization. *American Journal of Industrial Medicine* 2006, 49(11),921-929.
- 28 Smith V, Klein KJ, Ehrhart MG. Work Time, Work Interference with Family, and Psychological Distress. *Journal of Applied Psychology* 2002, 87(3),427-436.
- 29 Artazcoz L, Cortès I, Borrell C, Escribà-Agüir V, Cascant L. Gender perspective in the analysis of the relationship between long workhours, health and health-related behaviour. *Scand J Work Environ Health*. 2007;33:344-350.
- 30 Caruso CC, Hitchcock EM, Dick RB, Russo JM, Schmit JM. Overtime and extended work shifts: recent findings on illnesses, injuries, and health behaviours. Cincinnati (OH): US Department of Health and Human Services (DHHS), Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH); 2004. DHHS (NIOSH) report no 2004-143.
- 31 Härra M. Workhours in relation to work stress, recovery and health. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(6):502-14.

- 32 Spurgeon A, Harrington JM, Cooper CL. Health and safety problems associated with long working hours: a review of the current position. *Occup Environ Med*. 1997;54(6):367-75.
- 33 Van der Hulst M. Long workhours and health. *Scand J Work Environ Health*. 2003;29(3):171-88.
- 34 Golden L, Wiens-Tuers B. To your happiness? Extra hours of labor supply and worker well-being. *Journal of Socio-Economics*. 2006;35:382-397.
- 35 Golden L, Wiens-Tuers B. Mandatory Overtime Work in the United States: Who, Where, and What? *Labor Studies Journal*. 2005;30:1-26.
- 36 Fagan C, Burchell B. Gender, jobs and working conditions in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2002.
- 37 Kalleberg AL. Non-standard employment relations: part-time, temporary and contract work. *Annu Rev Sociol* 2000;26:341-365.
- 38 Åkerstedt T. Shift work and disturbed sleep/wakefulness. *Occup Med* 2003;53:89-94.
- 39 Folkard S, Tucker P. Shift work, safety and productivity. *Occup Med* 2003;53:95-101.
- 40 Knutson A. Health disorders of shift workers. *Occup Med* 2003;53:103-108.
- 41 Costa G. The impact of shift and night work on health. *Appl Ergon*. 1996;27(1):9-16.
- 42 OIT. Conditions of Work and Employment Programme Social Protection Sector. Information Sheet WT-5. Ginebra; 2004.
- 43 Nicol AM, Botterill JS. On-call work and health: a review. *Environ Health*. 2004;3(1):15.
- 44 Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut de la població immigrant de Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2008.
- 45 Fagerstrom K. The Epidemiology of Smoking: Health Consequences and Benefits of Cessation. *Drugs* 2002;62 (Suppl 2):1-9.
- 46 Visscher1 TLS, Seidell JC. The public health impact of obesity. *Annual Review of Public Health* 2001;22:355-375.
- 47 Melzer K, Bengt K, Claude P. Physical activity: the health benefits outweigh the risks. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2004;7:641-7.
- 48 Rajaratnam SMW, Arendt J. Health in a 24-h society. *Lancet*. 2001;358:999-1005.
- 49 Ayas NT, White DP, Al-Delaimy WK *et al*. A prospective study of self-reported sleep duration and incident diabetes in women. *Diabetes Care* 2003;26:380-4.
- 50 Ayas NT, White DP, Manson JE, Stampfer MJ, Speizer FE, Malhotra A. *et al*. A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women. *Arch Intern Med* 2003;163:205-9.
- 51 Gottlieb DJ, Redline S, Nieto FJ, Baldwin CM, Newman AB, Resnick HE *et al*. Association of usual sleep duration with hypertension: the Sleep Heart Health Study. *Sleep*. 2006;29:1009-14.
- 52 Flaquer, L. Les polítiques familiars en una perspectiva comparada. Barcelona: Fundació "la Caixa"; 2000.
- 53 Meil G. La protección social a la familia en España. A: Una interpretación de su realidad social. Madrid: Fundación Encuentro, Ministeri d'Educació i Ciència; 1999.
- 54 Instituto de Estudios Laborales de ESADE. Tercer informe Randstad: Calidad del trabajo en la Unión Europea: las políticas de conciliación. Madrid: ESADE; 2004.
- 55 Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:639-647.
- 56 Artazcoz L, Borrell C, Rohlfis I, Beni C, Moncada A, Benach J. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gac Sanit* 2001;15:150-153.
- 57 Artazcoz L, García-Calvente MM., Esnaola S, Borrell C, Sánchez-Cruz J J, Ramos J L *et al*. Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar. A: Cabasés JM, Villalbí JR., Aibar C (ed.). *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Informe Sespas* 2002. València: SESPAS; 2002.
- 58 Artazcoz L, Artieda L, Borrell C, Cortès I, Benach J, García V. Combining job and family demands and being healthy: What are the differences between men and women?. *Eur J Public Health* 2004;14:43-48.
- 59 Conselleria de Sanitat. Encuesta de salud de la Comunidad Valenciana (2000-2001). València: Conselleria de Sanitat, Oficina del Pla de Salut, Generalitat Valenciana; 2002.
- 60 Nathanson CA. Illness and the feminine role: a theoretical review. *Soc Sci Med*. 1975;9:57-62.
- 61 Nathanson CA. Social roles and health status among women: The significance of employment. *Soc Sci Med*. 1980;14:463-71.
- 62 Verbrugge, LM. Multiple roles and physical health of women and men. *J Health Soc Behav*. 1983;24:16-30.
- 63 Artazcoz L, Borrell C, Benach J, *et al*. Women, family demands and health: the importance of employment status and social class. *Soc Sci Med*. 2004;59:263-74.
- 64 Sorensen G, Verbrugge LM. Women, work, and health. *Ann Rev Public Health* 1987;8:25-51.
- 65 Hunt K, Annandale E. Just the Job? Is the relationship between health and domestic and paid work gender-specific? *Soc Health Illn* 1993;15:632-64.
- 66 Artazcoz L, Cortès I, Moncada A, *et al*. Influencia del trabajo doméstico sobre la salud de la población ocupada. *Gac Sanit* 1999;13:201-7.

C S B Consorci Sanitari de Barcelona

 **Agència
de Salut Pública**